

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N^o —

369

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

M.-W. GOLSCHMANN

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES

TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

à Pédicule tordu

Président : M. POZZI, professeur

Juges { *MM. QUENU, professeur*
DE LAPERSONNE, professeur
AUVRAY, agrégé

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1909

369

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

M.-W. GOLSCHMANN

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES

TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

à Pédicule tordu



Président : M. POZZI, professeur

Juges { MM. QUENU, professeur
DE LAPERSONNE, professeur
AUVRAY, agrégé

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		DEJERINE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		GILBERT
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD
		ROGER
Clinique médicale		HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
		PINARD
Clinique d'accouchements		BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

Tumeurs solides de l'Ovaire

A Pédicule Tordu

INTRODUCTION

Nous avons eu récemment l'occasion d'assister M. Bender, au cours d'une hystérectomie pour cancer des deux ovaires. L'ovaire droit était transformé en un kyste papillaire, du volume d'une tête d'enfant ; l'ovaire gauche, lui, formait un carcinome solide gros comme une tête de fœtus. Nous eûmes la surprise de constater que cette dernière tumeur, très adhérente, était tordue sur son pédicule. M. Bender nous fit observer qu'il s'agissait là d'un accident relativement rare au cours de l'évolution des tumeurs solides de l'ovaire, et nous rappela, à ce propos, deux cas antérieurement observés par lui. C'est sur ses conseils que nous avons décidé de faire de ce sujet l'objet de notre thèse inaugurale. Il nous a paru intéressant d'apporter une observation nouvelle, et de tâcher de tirer quelques conclusions des faits antérieurement publiés.

La torsion des tumeurs solides est, à la vérité, encore assez mal connue.

Il en existe bien quelques observations assez anciennes, mais ces faits, publiés isolément, sont restés pour ainsi dire inconnus et c'est à peine si, dans les traités classiques, on trouve signalée, parmi les complications possibles des tumeurs solides de l'ovaire, la torsion du pédicule. Le premier travail publié sur cette question est celui de MM. Jayle et Bender (1) auquel vint s'ajouter, tout récemment, celui de M. Guibé (2). C'est d'après ces deux mémoires et d'après les observations isolées que nous avons pu réunir que nous essaierons de tracer rapidement la physionomie de la torsion des tumeurs solides de l'ovaire. La chose n'est pas très aisée, car parmi les cas publiés, encore peu nombreux, beaucoup sont représentés par une courte mention dans un traité classique, dans une statistique, dans un mémoire consacré à la torsion des tumeurs ovariennes en général. Il n'est pas toujours facile de reconnaître, au milieu des obscurités du texte, si l'on avait affaire à une tumeur solide vraie ou à une kyste avec des parties solides. C'est pourquoi nous n'avons retenu et reproduit dans notre travail que les faits qui nous ont paru indiscutables.

1. JAYLE et BENDER. « Sur la torsion du pédicule des tumeurs solides de l'ovaire. » *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1904, p. 419.

2. GUIBÉ. « La torsion du pédicule des tumeurs solides de l'ovaire. » *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1909, p. 55.

ÉTIOLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La torsion des tumeurs solides de l'ovaire est, nous l'avons dit, un accident rare. Mais cette rareté n'est peut-être pas, toutes proportions gardées, aussi grande qu'il paraîtrait par le petit nombre des cas publiés. En effet, les tumeurs solides des ovaires s'observent beaucoup moins fréquemment que les kystes, et il n'est point étonnant que leur torsion, accidentelle, apparaisse comme une exception. Voici, d'ailleurs, quelques chiffres qui permettront de juger de ce qu'il en est en réalité.

Zangenmeister (1) sur un total de 329 ovariectomies pratiquées par Czerny de 1880 à 1893 compte 33 sarcomes auxquels il ajoute 6 autres cas opérés depuis. Sur ces 39 cas de tumeurs solides il y avait 2 cas de torsion.

Goldberg (2) n'a observé que 1 seul cas de torsion de tumeur solide sur 23 laparotomies pratiquées pour torsion de tumeurs ovariennes ou parovariennes.

Marconi (3), en 1904, publiait une statistique de 16 cas

1. ZANGENMEISTER. « Ueber Sarkom des Ovariums. » *Beiträge zur Klin. Chirurgie*, 1896, Bd XVI, p. 369, cas 27 et 84.

2. GOLDBERG. « 23 Bauchschnitte bei Stieltorsion von Ovarial respect. Parovarialtumoren. » *Monatsschrift für G. und Gyn.*, 1901, Bd XIV, p. 751.

3. MARCONI. « Sulla torsione del peduncolo nei tumori ovarici. » *La Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia*, 1904, p. 594.

de torsion de tumeurs ovariennes parmi lesquelles il y avait deux tumeurs solides.

Rudolf (1), en 1905, publiant 1 cas de sarcome de l'ovaire tordu, déclarait n'avoir pu trouver que 7 cas analogues dans toute la littérature médicale.

L'année précédente, Jayle et Bender (2) avaient réuni une douzaine d'observations antérieurement publiées. Briggs et Walker (3), en 1908, publièrent une statistique importante de 49 tumeurs solides de l'ovaire qu'ils avaient observées conjointement avec 439 kystes ovariens. Ces 49 cas avaient fourni 3 cas de torsion.

Enfin Guibé (4), dans son récent travail, déclare avoir pu en réunir une quarantaine de cas. Nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer les originaux de toutes ces observations et nous n'avons guère trouvé qu'une vingtaine d'observations suffisamment détaillées pour pouvoir être avantageusement utilisées. Cela suffit, d'ailleurs, pour le but que nous nous proposons, car tous ces cas peuvent être groupés aisément au point de vue clinique et anatomique en deux ou trois grandes classes pour lesquelles les faits sont à peu près exactement superposables.

Toutes les tumeurs de l'ovaire peuvent se tordre, mais il apparaît très nettement que c'est dans le cas de fibrome que cette torsion est la plus fréquente. Guibé dit avoir rassemblé 22 cas de torsion de fibrome contre 15 cas de

1. RUDOLF. *Wiener klin. Rundschau*, 1905, p. 242.

2. JAYLE et BENDER, *loc. cit.*

3. BRIGGS et WALKER. *Journal of obst. and. Gyn. of the Brit. Emp.*, 1908, vol. XIII, p. 77.

sarcome et 10 cas d'épithélioma. Il fait d'ailleurs remarquer avec raison que les désignations données par les auteurs aux observations qu'ils ont publiées devront souvent être acceptées avec réserve parce qu'elles manquent d'un critérium histologique suffisant. Nous nous souvenons d'avoir vu un cas étiqueté sarcome parce que la tumeur était particulièrement bosselée ! Cependant il semble bien qu'il y ait une majorité de cas de fibromes (1).

On a longuement discuté sur l'importance que présen-

1. Voici, rapidement énumérées, les observations dans lesquelles nous avons pu préciser avec certitude la nature de la tumeur.

Fibromes : MARTIN (*Die Krankheiten der Eierstöcke*, 4 cas). — BENDER et HEITZ (*Bulletins et Mémoires de la Soc. anat. de Paris*, 1903, p. 241). — JAYLE et BENDER (*Revue de Gynécologie et de Chir. abd.*, 1904, p. 419). — MARCONI (*La Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia*, 1904, p. 593) (2 cas). — BÉGOUIN (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 1907, p. 69). — DUROUX (*Lyon médical*, 1902, p. 643). — MÉRIEL (*Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, 1908, p. 143). — DELEGRANGE (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 1898, I, p. 321). — DUBAR (*Bull. méd. du Nord*, 1893, p. 7). — VEIT (*Berliner Klin. Woch.*, 1876, p. 717). — HEINRICIUS (*Centralb. für. Gyn.*, 1902, p. 459). — LOHELEIN (*Deutsche med. Wochenschrift.*, 1894. Vereins Beilage., p. 87). — DANNIEN (*Arch. für Klin. Chir.*, 1878, Bd XXII, p. 973).

Sarcomes : GUIBÉ (*loc. cit.*). — LÉOPOLD (*Archiv. für Gyn.* 1874, Bd VI, p. 202). — DARTIGUES (*Revue de Gyn. et de Chir. abd.*, 1899, p. 601, 793 et 1013). — COIGNERAI (Thèse de Paris, 1901, obs. III). — NELSON (*Americ. Journal of Obst.*, 1888, vol. XXI, p. 1197). — RUDOLF (*Wiener Klin. Rundschau*, 1905, p. 242).

Epithéliomes : BÉRARD (*Soc. de Chir. de Lyon*, 25 avril 1901). — POZZI et BRAUSSENAT (cité par Dartigues). — Observation inédite, voir obs. XXII de ce travail).

tait, au point de vue de la torsion, la forme et la longueur du pédicule. Il semble, *a priori*, que le pédicule qui offre le plus d'aptitude à se tordre soit le pédicule long et mince ; or c'est précisément dans les cas de fibromes que ces conditions paraissent être le plus communément réalisées. Les



Fig. 1

Fibrome de l'ovaire à pédicule tordu. (Obs. XI Bender et Heitz)

fibromes ovariens ont presque toujours un pédicule très grêle, très allongé, qui leur donne une mobilité très grande, une indépendance très nette vis-à-vis de l'utérus. Au con-

traire, dans les sarcomes, dans les épithéliomes, le pédicule est habituellement beaucoup plus court et plus épais, plus étalé, parcouru par de gros vaisseaux turgescents. Ainsi s'expliquerait, en apparence, très simplement, la fréquence plus grande de la torsion des fibromes (Schauta).

Mais, à la vérité, certains auteurs ne croient pas que la minceur et la gracilité du pédicule aient la valeur prédisposante à la torsion que nous disions tout à l'heure. Olshausen (1) dit bien que les pédicules étalés, très larges de certaines tumeurs solides semblent devoir apporter un sérieux obstacle à la torsion. Mais il ajoute que ces pédicules larges sont souvent simplement membraneux et que, en conséquence, ils peuvent assez aisément se couder et se tordre. Tout cela n'est point très clair. Pour Dartigues (2) ce seraient des pédicules larges et charnus qui prédisposeraient le plus à la torsion.

Il y a, en somme, entre les opinions des auteurs, au point de vue qui nous occupe, une évidente contradiction.

La seule conclusion qu'il est permis d'en tirer est que la morphologie du pédicule n'a pas une importance essentielle et que la torsion peut se produire, avec des pédicules très diversement conformés si certaines conditions favorables se trouvent réalisées.

Quelles seront ces conditions ?

Est-ce le volume de la tumeur ? Il serait sans influence ; la torsion a été observée avec des tumeurs de volume très

1. Cité par GUIBÉ, *loc. cit.*

2. DARTIGUES. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1899, p. 601, 793, 1013.

variable ; si les dimensions acquises par le néoplasme peuvent avoir une action, c'est à un point de vue tout spécial, que nous préciserons dans un instant.

Est-ce l'existence d'une ascite plus ou moins abondante, qui donnerait à la tumeur flottant dans le liquide une plus grande mobilité ? L'ascite est fréquente dans les cancers de l'ovaire pour lesquels on compte relativement peu de cas de torsion ; elle est beaucoup plus rare dans les fibromes qui se tordent fréquemment. Ici encore les faits semblent aller à l'encontre du raisonnement, mais on peut dire aussi que les adhérences, qui sont généralement précoces et étendues dans les cas de cancers, contre-balancent l'action favorisante de l'ascite.

Il résulte de tout cela que les causes et le mécanisme de la torsion sont encore enveloppés d'obscurité. Dans son récent travail Guibé a très clairement exposé les deux théories qui se partagent la faveur des auteurs.

Pour les uns la torsion serait due à la rupture brusque de l'équilibre de la tumeur dans l'abdomen, celle-ci pouvant être due à des causes intrinsèques (déplacement du centre de gravité de la tumeur par suite d'un mouvement brusque, d'un effort ou de la déplétion d'un organe voisin), soit à des causes extrinsèques (entraînement de la tumeur par les contractions intestinales, refoulement par la distention d'un viscère).

Pour les autres, la torsion du pédicule serait due, non pas à une rupture d'équilibre brusque, mais à la croissance continue, mais inégale de la tumeur, qui enroulerait son pédicule autour de son axe d'une façon lente et insi-

dieuse jusqu'au moment où sous une influence quelconque ou même par les seuls progrès de la torsion la gêne circulatoire dans le pédicule arriverait à un point tel que les accidents éclateraient.



Fig. 2

Fibrome de l'ovaire à pédicule tordu. (Obs. XII Jayle et Bender)

Nous partageons absolument l'avis de Guibé qui considère qu'il est souverainement illogique d'opposer ces deux théories l'une à l'autre. Chacune d'elles est assurément

vraie pour certains cas particuliers et il est certain que les deux mécanismes doivent pouvoir, dans certains cas, s'associer.

Un fait mérite d'être pris en considération, c'est la coexistence fréquente avec la tumeur ovarienne tordue d'une tumeur développée soit aux dépens de l'autre ovaire (Bender et Heitz, Duroux, Heller, etc.), soit de l'utérus (Bérard). Il est évident que les deux tumeurs, lorsqu'elles auront acquis un certain volume et seront venues en contact, gêneront réciproquement leur libre développement; la plus gênée aura tendance à refouler la plus mobile et à l'enrouler autour de son point d'insertion.

Le sens de la torsion est variable, et il semble qu'il n'ait rien de constant pour un côté déterminé. On note la même variation dans le degré de cette torsion. Il est rare qu'elle soit évaluée en degrés, on la compte plus communément par tours de spire et il n'est point toujours aisé, au cours d'une opération souvent laborieuse, d'apprécier avec exactitude le nombre de sillons creusés sur le pédicule de la tumeur.

Les lésions produites dans les tumeurs solides de l'ovaire du fait de la torsion sont essentiellement variables; elles dépendent du degré d'étranglement du pédicule et, surtout peut-être, de la rapidité ou de la lenteur du processus. Lorsque la torsion se fait brusquement, lorsqu'il y a eu arrêt subit et pour ainsi dire complet de la circulation, on observe les lésions caractéristiques de l'infarctus, si communes dans les cas de kystes ovariens. La tumeur est rouge et violacée, creusée parfois de poches remplies de

sang. Toutefois il y a entre les kystes et les tumeurs solides une différence essentielle. Dans les kystes, la paroi est mince, extensible, facile à rompre ; elle se sphacèle



Figure 3
Carcinome de l'ovaire à pédicule tordu. (Obs. XXII inédite, due à M. Bender).

aisément. Dans les tumeurs solides, au contraire, nous avons une masse compacte qui se laisse infiltrer par le sang ancien et se laisse beaucoup moins aisément distendre, le sphacèle est beaucoup moins à redouter bien qu'il puisse survenir parfois comme en fait foi le cas publié par Dannien.

Assez souvent la circulation, bien que sérieusement troublée, est suffisante encore pour assurer la nutrition d'une partie de la tumeur. Celle-ci conserve un aspect normal ou voisin de la normale, le reste présente l'aspect de l'infarctus hémorragique. Il en était ainsi, en particulier, dans le cas de Jayle et Bender et dans le cas de Guibé.

Enfin dans les cas de torsion lente et progressive, où la circulation est seulement gênée sans être interrompue, les lésions seront beaucoup moins accentuées. Parfois la tumeur apparaîtra à peine modifiée, comme dans notre observation inédite. Le plus souvent la stase circulatoire se traduira cependant par une série de modifications sur lesquelles Bender et Heitz ont attiré l'attention (1). Le parenchyme de la tumeur, œdématié, subit un processus de nécrobiose aseptique avec ramollissement par foyers circonscrits ; ces divers foyers de ramollissement peuvent se réunir et aboutir à une véritable transformation pseudokystique.

On observe fréquemment des adhérences pariétales ou viscérales de la tumeur dans les cas de torsion aiguë ; elles

1. BENDER et HEITZ, *loc. cit.*

s'expliquent par les altérations de la surface du néoplasme, qui entraînent une réaction péritonéale d'intensité variable. Les adhérences sont beaucoup moins fréquentes dans les cas de torsion chronique ; cela s'explique par ce fait que la tumeur, moins troublée dans sa vitalité ne présente qu'une altération de surface et que la réaction péritonéale est nulle ou très peu marquée.

ÉTUDE CLINIQUE

La torsion du pédicule des tumeurs solides de l'ovaire se présente sous deux formes principales, une *forme aiguë* est une *forme chronique*.

Dans la forme aiguë, les symptômes sont absolument calqués sur ceux de la torsion brusque des viscères abdominaux, dont le type est la torsion des kystes ovariens. Le début est marqué par une douleur vive, en coup de poignard, avec ballonnement du ventre, sensibilité exquise de la paroi, vomissements, arrêt plus ou moins complet des matières et des gaz. Toutefois les symptômes sont généralement un peu moins accusés que dans la torsion des kystes de l'ovaire. Le plus souvent on intervient d'urgence et les accidents cessent ; mais, si l'on n'opère pas, la mort peut survenir au milieu des phénomènes péritonéaux (Daniel Nelson).

Dans la forme chronique, les symptômes sont beaucoup plus atténués, limités, à une sensation de gêne et de pesanteur, à quelques douleurs vagues, et la torsion du pédicule est alors découverte fortuitement, soit au cours de l'opération, comme dans notre cas personnel, où elle avait passé inaperçue, soit à l'autopsie, comme dans le cas de Bender et Heitz.

Mais, entre ces deux formes extrêmes, il semble qu'il y ait une forme intermédiaire dans laquelle rentrent une partie notable des observations publiées. Le début est brutal menaçant, semblant faire redouter une évolution rapide et grave, puis les accidents tournent court, les douleurs et les vomissements se calment. Des adhérences se sont constituées, qui immobilisent la tumeur et par lesquelles elle se nourrit suffisamment.

Nous en citerons comme exemple le cas de Jayle et Beuder. La malade avait remarqué, depuis plusieurs années l'existence d'une tumeur abdominale dont elle n'éprouvait d'autres troubles qu'une sensation de gêne et de pesanteur dans l'abdomen. Sans cause appréciable, sans effort et sans traumatisme elle fut prise brusquement de douleurs violentes généralisées à tout l'abdomen, irradiées vers l'anus. Ces douleurs s'accompagnèrent bientôt de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, verdâtres ; d'un ballonnement du ventre traduisant une réaction péritonéale intense et d'un état d'anxiété très accentué. En même temps se produisaient des modifications du côté de la tumeur qui augmenta de volume, et s'immobilisa dans l'abdomen. La malade, qui avait eu ses règles quinze jours auparavant, perdit de nouveau du sang en abondance pendant deux jours. Il existait une constipation opiniâtre. On ne fit pas de traitement, le médecin consulté ayant prescrit seulement le repos au lit dans l'attente d'une opération qu'il jugeait inévitable. Et cependant, malgré ce début menaçant, l'état s'améliora peu à peu, les douleurs et les vomissements cessèrent la malade put s'alimenter et elle se leva le douzième jour.

Néanmoins et malgré la possibilité et même la fréquence relative de cette issue favorable, il ne faudrait pas considérer le pronostic de la torsion des tumeurs solides de l'ovaire comme bénin. Il ne faudrait pas se laisser aller, en présence de ces accidents, à une confiance exagérée. Les cas de Van Buren et de Daniel Nelson, dont les malades succombèrent, sont là pour nous enseigner que la torsion du pédicule des tumeurs solides peut avoir des conséquences graves et amener la mort assez rapidement.

Le diagnostic ne sera jamais posé dans les cas chroniques. On reconnaîtra l'existence d'une tumeur para-utérine dont on fera un fibrome interne pédiculé, un kyste ou une tumeur solide de l'ovaire suivant les cas. Mais il sera impossible de reconnaître une torsion que rien ne vient traduire cliniquement.

Dans les cas aigus même, le diagnostic précis ne sera porté que très rarement. S'il s'agit d'une tumeur peu volumineuse, difficilement appréciable à travers la paroi abdominale météorisée, on pourra penser à une appendicite. Si l'on sent une tumeur, on fera le plus habituellement le diagnostic de kyste ovarique tordu, d'abord en raison de la fréquence des kystes, beaucoup plus grande que celle des tumeurs solides, et ensuite parce que cette torsion détermine des modifications de consistance du fibrome ou du sarcome qui, œdématié, gorgé de sang, offre souvent au palper une sensation de rénitence ou même de pseudo-fluctuation. Ceci n'a d'ailleurs, pratique-

ment, aucune importance. Ce qu'il faut, c'est faire le diagnostic de torsion, parce que c'est ce diagnostic qui nous conduira au traitement logique, à l'intervention d'urgence.

TRAITEMENT

Nous serons bref sur la question du traitement des tumeurs solides de l'ovaire tordues. Ce traitement se résume en un mot : l'intervention d'urgence. Le laparotomie s'impose dès que la torsion est diagnostiquée ou même seulement soupçonnée. Bien que nous nous souvenions des cas qui ont guéri spontanément nous refusons de nous associer à l'opinion des auteurs qui, en présence d'accidents de torsion du pédicule, conseillent la temporisation. Attendre le refroidissement spontané, temporiser, nous paraît être une pratique illogique et dangereuse. Dangereuse parce qu'on ne sait jamais la tournure que prendront les événements et parce qu'on a vu des cas mortels. Illogique, parce que la temporisation aura toujours pour conséquence la formation d'adhérences qui rendront l'opération plus longue, plus laborieuse et, en tout état, plus grave. A une pareille pratique nous ne voyons que des inconvénients, sans aucun avantage palpable. Aussi, nous le répétons, l'opération rapide nous paraît-elle toujours impérieusement indiquée. Elle a donné, pour ainsi dire toujours, les meilleurs résultats.

On devra systématiquement examiner l'état de l'ovaire opposé ; on l'enlèvera s'il y a lieu et, lorsqu'on sera en présence de tumeurs malignes, l'hystérectomie sera le complément nécessaire de l'ovariotomie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée)

(VEIT. — *Fibrome de l'ovaire à pédicule tordu.*

Berliner Klinische Wochenschrift, 1876, n° 40, p. 717.)

Malade âgée de quarante ans, ayant eu plusieurs enfants. Au mois d'avril 1876, la malade présente des accidents péritonéaux intenses au cours desquels le médecin traitant constate la présence d'une ascite abondante coexistant avec une tumeur abdominale de consistance dure. La crise s'améliora rapidement, mais l'ascite persista et augmenta d'abondance. On sentait une volumineuse tumeur qui donnait très nettement la sensation de ballottement au milieu du liquide. Peu à peu, l'ascite augmentant, la tumeur cesse d'être perceptible. Le 4 juillet on fit une ponction qui donna issue à plusieurs litres d'un liquide jaunâtre, assez fluide, contenant beaucoup d'albumine et de paralbumine et dans lequel l'examen microscopique révèle la présence d'éléments lymphatiques.

Après la ponction on reconnut qu'il s'agissait d'une tumeur développée aux dépens des annexes droites et qui avait refoulé l'utérus vers le bas. Bien qu'on ne pût affirmer la nature maligne de la tumeur, on décida d'intervenir en raison de la rapidité avec laquelle l'ascite se reproduisait.

La laparotomie fut pratiquée le 27 juillet. On trouva une tumeur irrégulière et bosselée à laquelle adhérait l'épiploon épaissi et parcouru de vaisseau très dilatés. Ces adhérences furent liées et sectionnées et la tumeur apparut alors isolée, appendue à la corne utérine droite par un pédicule large, sillonné de grosses veines et tordu sur son axe de un tour de spire. On dut agrandir l'incision pour extraire la tumeur ; le pédicule fut lié et sectionné. La malade guérit. Dans les jours qui suivirent l'opération on eut la surprise de voir se reformer de l'ascite, qui disparut d'ailleurs au bout de peu de temps.

La tumeur, du volume d'une tête d'adulte, était un fibrome pur, de consistance dure et développé aux dépens de l'ovaire droit. On constatait bien une ligne de séparation entre le tissu ovarien et la tumeur, mais les deux étaient intimement unis et faisaient corps l'un avec l'autre. Le pédicule était large et comprenait la trompe.

OBSERVATION II

LÆHLEIN. — *Fibrome de l'ovaire à pédicule tordu.* (*Medizinische Gesellschaft in Giessen*, 13 mars 1894, in *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1894. Vereins Beilage. p. 87.)

Il s'agissait d'une femme de quarante ans, atteinte d'un fibrome de l'ovaire droit. La tumeur, de coloration brunâtre, était distendue et ramollie du fait de la stase sanguine résultant de ce que le pédicule était très étiré et tordu sur son axe de deux tours de spire. La couleur de la tumeur, sa forme, et sa situation élevée, hors du bassin, firent longtemps hésiter, au cours même de l'opération, sur son origine ovarienne. Ce

n'est qu'après libération d'adhérences nombreuses et étendues, que le pédicule put être suivi jusque sur la corne utérine droite. Sur 172 ovariectomies, Læhlein ne compte que 7 fibromes de l'ovaire. Deux fois les tumeurs étaient bilatérales ; une fois il y avait en même temps un fibrome de l'utérus.

OBSERVATION III

HEINRICIUS. — *Fibrome de l'ovaire à pédicule tordu.*
(*Finska Lækarsellsk, Handl*, 1892, n° 1, p. 98, in *Zentralblatt für Gynækologie*, 1892, n° 24, p. 459.)

Il s'agissait, dans ce cas, d'une femme de trente-trois ans, habituellement bien réglée, qui avait constaté depuis trois ou quatre ans, l'existence d'une tumeur grosse comme un œuf de poule au niveau de la région hypogastrique. Depuis lors, cette tumeur avait progressivement augmenté de volume. A la laparotomie on trouva une tumeur de l'ovaire gauche, grosse comme une tête d'enfant, de consistance ferme mais friable et dont le pédicule présentait une torsion sur son axe de 180 degrés. La tumeur fut enlevée après libération des adhérences étendues mais lâches, qui l'unissaient à la paroi abdominale, à la vessie et aux anses intestinales. La malade guérit. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibrome dont le parenchyme offrait des lésions inflammatoires causées par la torsion du pédicule. Au voisinage du pédicule on put reconnaître la présence de débris de tissu ovarien.

OBSERVATION IV

VAN BUREN. — *Fibrome de l'ovaire à pédicule tordu.* (*New-York Journ.*, mai 1851.) — (Cité d'après Léopold, *loc. cit.*, p. 192, tableau I, cas n° 4.)

Fibrome de l'ovaire droit du volume du poing. Femme de vingt-neuf ans, habituellement bien réglée, ayant eu cinq enfants, le dernier depuis le début de la maladie.

Tumeur remarquée depuis cinq ans. Torsion du pédicule
Mort de péritonite.

OBSERVATION V

KLOB. — *Fibrome de l'ovaire gauche à pédicule tordu.* (*Pathol. Anatomie der weiblichen Sexualorgane*, p. 341.)

Femme de cinquante-huit ans, présentant un fibrome de l'ovaire gauche, du volume d'une tête d'enfant. Le pédicule était tordu sur son axe de un tour et demi de spire. La tumeur était infiltrée de sang et ramollie.

OBSERVATION VI

DUBAR. — *Fibrome de l'ovaire* (*Bulletin médical du Nord*, 1893.)

M^m° X..., entre dans le service de la clinique chirurgicale de la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 20, le 21 avril 1892 pour une tumeur douloureuse de l'abdomen, dont elle réclame l'ablation. La tuméfaction du ventre est apparue il

y a environ trois ans, peu de temps après un accouchement. La malade, actuellement âgée de quarante-sept ans, toujours bien réglée depuis l'âge de seize ans, a eu 13 grossesses normales, la dernière remontant à un peu plus de trois ans. Quand la grosseur se montra, elle se crut tout d'abord de nouveau enceinte ; mais elle dut abandonner cette idée, les règles revenant avec une régularité parfaite et avec les mêmes caractères qu'autrefois. La tuméfaction augmenta lentement et régulièrement, ne donnant lieu qu'à quelques douleurs passagères et de temps en temps à quelques vomissements, jusqu'au mois de décembre dernier, où la malade éprouva tous les symptômes d'une péritonite localisée à la partie inférieure de l'abdomen. Depuis lors les douleurs spontanées ont été plus fréquentes et plus vives et la pression les réveillait surtout dans la partie médiane et droite du ventre. Elles ont fini par altérer la santé générale, en sorte qu'à son arrivée à l'hôpital, la malade est pâle et très affaiblie.

A la vue, l'abdomen est considérablement augmenté de volume dans ses deux tiers inférieurs. Il n'y a pas de changement de couleur de la peau ni de développement veineux sous-cutané notable. Il existe un œdème assez prononcé des grandes lèvres. La palpation limite une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, arrondie sans bosselures, présentant un peu de mobilité dans le sens transversal. Elle paraît présenter une fluctuation obscure. La percussion donne de la matité dans toute l'étendue de cette tumeur et de la sonorité dans les flancs.

Le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale révèle, dans le cul-de-sac latéral droit, l'existence d'un cor-

don assez volumineux, indépendant de l'utérus et suivant manifestement tous les mouvements de la tumeur. C'est probablement un pédicule correspondant au ligament large ; il me paraît court et très épais.

Les renseignements donnés par la malade, les caractères de la tumeur, l'existence d'un pédicule au voisinage de l'utérus me conduisent à discuter, au point de vue du diagnostic, les hypothèses suivantes : kyste de l'ovaire ; fibrome pédiculé de l'utérus ou de l'ovaire ; kyste de l'ovaire avec concomitance d'un cancer du corps de l'utérus étendu à la trompe.

Je ne m'arrête pas longtemps à ce dernier diagnostic

La longue durée de la maladie, l'absence de tout écoulement sanguin entre les règles, l'indépendance du pédicule et de la matrice qui ne paraît pas douteuse, car celle-ci jouit d'une mobilité très notable, me font rejeter l'hypothèse d'un cancer de l'utérus étendu à la trompe, malgré l'œdème des grandes lèvres. J'y avais songé parce que, dans un fait antérieur de kyste de l'ovaire, j'avais trouvé à l'ouverture de l'abdomen, indépendamment du kyste, un pédicule formé par une partie du ligament large contenant la trompe distendue, bosselée, remplie de masses épithéliomateuses, qui, dans certains points, avaient franchi ses limites et envahi le ligament large lui-même. L'épithéliome de la trompe se continuait dans la cavité du corps de l'utérus, ce qui pouvait se reconnaître à l'existence de quelques bosselures. Je pus, d'ailleurs, constater directement la présence de l'épithélioma dans le corps utérin, car je fus obligé de pratiquer extemporanément une hystérectomie supra-vaginale. Dans ce dernier cas, il n'y avait pas d'ascite, pas plus que dans celui qui nous occupe, ce qui est exceptionnel dans les cancers.

L'existence d'une vague fluctuation tendait à me faire éliminer les tumeurs solides et à me faire adopter le diagnostic de kyste de l'ovaire avec quelques réserves cependant. Je m'attendais aussi à trouver quelques particularités du côté du pédicule, en raison de son épaisseur beaucoup plus grande qu'à l'ordinaire.

L'opération proposée et acceptée, la laparotomie est pratiquée le 15 mai 1892.

L'incision de la paroi abdominale étant faite sur la ligne médiane, j'arrive sur de l'épiploon et des anses d'intestin grêle et gros intestin (S iliaque du côlon) vides, aplaties et adhérentes à toute la face antérieure de la tumeur. Je détache avec soin ces adhérences. La tumeur se présente sous la forme d'une masse globuleuse, lisse, d'aspect grisâtre.

La fluctuation paraît plus évidente qu'avant l'ouverture de l'abdomen.

Un gros trocart est profondément enfoncé dans la tumeur. Il ne s'écoule aucun liquide. Après que le trocart a été retiré, on aperçoit au niveau de l'ouverture un tissu gris rougeâtre ressemblant au tissu utérin. Il s'agit d'une masse solide. J'agrandis l'ouverture abdominale jusqu'à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Il n'y a pas d'adhérences en arrière : il n'y a pas de liquide dans le péritoine.

La tumeur est soulevée au dehors de l'abdomen et on peut voir le pédicule. Celui-ci est épais et tordu sur lui-même. Il se trouve au niveau de l'aileron postérieur du ligament large droit, en arrière de la trompe qui est étalée ainsi que son pavillon sur la face antérieure de la tumeur.

Le pédicule est saisi, la tumeur enlevée, le pédicule lié. Je cherche l'ovaire droit sans le rencontrer bien que tout le

ligament large de ce côté soit bien visible dans toute son étendue. L'ovaire gauche est sain.

L'opération est terminée comme à l'ordinaire. La malade guérit sans aucune complication.

Revenons maintenant sur certaines particularités que l'opération nous a révélées.

Il existait des adhérences intimes entre plusieurs anses intestinales et la paroi antérieure de la tumeur. Ces anses étaient aplaties et vides. J'ai eu soin de noter que la percussion pratiquée à plusieurs reprises avait toujours donné de la matité dans toute l'étendue de la tumeur. On aurait pu songer avant l'opération à une ponction exploratrice. Celle-ci aurait été presque certainement désastreuse par suite de la blessure de l'intestin.

La fluctuation de la tumeur était obscure avant l'ouverture de la paroi abdominale et plus marquée, lorsque la tumeur eût été mise à découvert. Cependant il s'agissait d'une tumeur solide. La section de la tumeur et son examen histologique ont donné la raison de ce phénomène. En effet, la tumeur ayant été coupée verticalement en deux portions, sa partie centrale a été trouvée ramollie, gorgée de sang, il s'est écoulé à la coupe une assez grande quantité d'un liquide séro-sanguinolent. Cet état d'engorgement et de ramollissement du centre de la tumeur trouve son explication dans la torsion du pédicule, qui apporte un obstacle à la circulation veineuse et amène une transsudation séreuse et des hémorragies au centre des tumeurs. J'ai opéré un kyste de l'ovaire à pédicule tordu, dont le contenu était du sang presque pur. Dans certains cas cette torsion amène une inflammation suppurative ainsi que j'ai eu l'occasion d'en observer un fait

chez une jeune fille de dix-sept ans atteinte d'un kyste de l'ovaire suppuré à pédicule fortement tordu.

On conçoit que la fluctuation constatée dans des cas analogues rende impossible le diagnostic entre un kyste et un fibrome de l'ovaire. En dehors de la fluctuation, la plupart des signes attribués ordinairement aux fibromes de l'ovaire faisaient ici complètement défaut. En effet, les signes habituels des fibromes de l'ovaire sont les suivants : tumeurs ordinairement petites, souvent mamelonnées, dures, élastiques, siégeant dans la région de l'ovaire, s'accompagnant fréquemment d'ascite. Dans le cas particulier qui nous occupe, la tumeur était volumineuse, de la grosseur d'une tête d'adulte, lisse, sans bosselures, résistante et fluctuante. Il n'y avait pas d'ascite.

Les coupes histologiques, que je mets sous les yeux de la société, montrent que la tumeur était formée par des faisceaux de tissu fibreux, séparés par des traînées de globules sanguins constituant des hémorragies interstitielles. En aucun point on n'aperçoit de fibres musculaires lisses.

OBSERVATION VII

(DELEGRANGE. — *Fibrome de l'ovaire.*)

(*Journal des Sciences médicales de Lille, 1893.*)

Il s'agit d'une personne âgée de trente-six ans ; son passé se résume en peu de mots : première apparition des règles à dix-huit ans, menstruations souvent irrégulières, rarement douloureuses, toujours très peu abondantes, santé générale d'ailleurs excellente.

Elle raconte qu'il y a cinq ans environ, à la suite de fatigues exceptionnelles, elle fut prise de douleurs violentes dans le côté droit du ventre ; elle n'eut à cette époque ni fièvre, ni vomissements, mais dut garder le lit pendant un mois ; quelques vésicatoires eurent raison de cette indisposition passagère.

Il n'y a guère plus de deux mois qu'elle s'est aperçue de l'augmentation du volume du ventre ; avec l'absence de règles depuis trois mois, voilà ce qui semble constituer toute sa maladie ; et jamais elle n'a souffert de constipation ; jamais elle n'a eu de difficulté pour uriner.

Le ventre est irrégulier et soulevé comme par un globe dont le centre serait situé à 2 centimètres en dessous et à droite de l'ombilic ; on distingue en outre, dans le flanc droit, comme une bosselure surajoutée à la sphère principale.

Le palper révèle une tumeur atteignant à droite l'épine iliaque antéro-supérieure, occupant tout le flanc droit et remontant jusqu'au creux épigastrique sur la ligne médiane ; à gauche, la tumeur s'arrête à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Sa consistance est très dure, fibreuse, sauf dans sa portion médiane et sous-ombilicale qui offre une certaine résistance ; peut-être est-ce la vessie attirée en haut ou bien une portion kystique et ramollie du néoplasme.

Quant à sa mobilité, elle est presque nulle ; en tout cas, le déplacement ne peut dépasser 1 ou 2 centimètres.

Le diamètre transversal de la projection de la tumeur sur la paroi de l'abdomen est de 33 centimètres. son diamètre vertical de 22 centimètres ; enfin la circonférence abdominale

au niveau de la partie la plus saillante est de 84 centimètres.

La tumeur est absolument mate à la percussion ; à sa périphérie, il y a de la sonorité intestinale, surtout au niveau du flanc gauche, qui seul, peut être déprimé par la main de l'explorateur ; celle-ci peut pénétrer jusque dans le petit bassin ; la même manœuvre est impossible dans le côté droit.

Le toucher vaginal fait reconnaître, tout à fait en arrière, un col petit et conique. Le cul-de-sac latéral gauche est libre ; quelle que soit la dépression qu'on lui imprime, il n'est pas possible d'atteindre la tumeur de ce côté : mais à droite, on tombe sur son pôle inférieur qui est dur comme la partie du néoplasme accessible par le ventre. L'utérus est très peu mobile, sauf cependant dans sa portion cervicale.

Le toucher rectal confirme l'existence d'une tumeur qui remplit en partie la concavité du sacrum.

L'hystérométrie n'a pu être pratiquée.

On se rallie à l'idée d'un fibrome développé aux dépens de la partie postérieure gauche de l'utérus.

M. Duret procède à l'opération le 4 janvier. La paroi abdominale est ouverte sur une étendue de 30 centimètres, du pubis à deux travers de doigt de l'appendice xiphoïde. On tombe presque immédiatement sur une large lame épiploïque qui recouvre la tumeur et adhère, dans une grande étendue, à la paroi latérale droite de l'abdomen, ainsi qu'au pourtour du bassin. Pour avoir accès à la tumeur, on sectionne transversalement cette large lame épiploïque ; quelques ligatures au catgut en assurent l'hémostase. La tumeur apparaît alors sous la forme d'une masse blanchâtre, occupant non

seulement la partie moyenne de l'abdomen, mais remontant jusqu'à l'appendice xiphoïde.

La main du chirurgien s'assure qu'il n'y a pas d'adhérences en arrière de la tumeur et l'amène au dehors de la cavité abdominale. On remarque qu'elle tient dans la profondeur, par un large pédicule formé en quelque sorte, de deux portions, l'une interne, grosse comme le pouce, simulant assez bien un cordon ombilical, contenant de grosses veines saillantes et paraissant tordue plusieurs fois sur lui-même; cette portion du pédicule s'abouche à la corne utérine droite; l'autre portion est membraneuse et constituée par les feuillets du ligament large; elle mesure au moins 12 à 15 centimètres transversalement, elle se fixe, d'une part, à la cavité pelvienne, de l'autre à la paroi abdominale; elle est peu vasculaire quoique très résistante et fibreuse; toute cette portion du pédicule est sectionnée transversalement et on applique sur elle quelques ligatures; puis on enlève par dissection, une grande partie de l'épiploon qui adhère à la paroi abdominale.

Reste la portion qu'on pourrait appeler ombilicale du pédicule; elle se rendait en un point enfoncé de la tumeur qui semblait en être le hile; le chirurgien constate qu'elle est tordue quatre fois sur elle-même, et procède à sa ligature comme s'il s'agissait du pédicule d'un kyste de l'ovaire.

Après un copieux lavage de la cavité abdominale, le ventre est refermé par trois plans de suture superposés.

Les suites opératoires ont été des plus simples: la malade n'a jamais eu un demi degré de fièvre, le pouls a toujours été excellent. Au septième jour les points de suture superficiels ont été enlevés; la réunion par première intention

était obtenue sur toute la longueur de l'incision abdominale.

Examen de la tumeur. — Elle a le volume d'une tête d'adulte et pèse 3 kilogrammes. Elle n'est pas absolument sphérique, mais présente sur sa partie latérale un renflement arrondi de même nature que le reste du néoplasme et de plus, en un autre point, il existe une sorte de hile, d'ombilication, qui fait que dans son ensemble la tumeur rappelle la conformation d'un ovaire hypertrophié. C'est dans cette dépression que venaient se rendre les vaisseaux principaux.

Sa coloration en est rose, uniforme ; si on la partage en deux hémisphères égaux par une section transversale, on remarque qu'elle est constituée par un tissu solide, fibreux, résistant, criant sous le couteau, mais qu'à son centre il existe un foyer de ramollissement hémorragique, renfermant des caillots sanguins anciens ayant subi des transformations importantes ; ce foyer de ramollissement pourrait contenir une grosse orange. Il ressemble absolument aux foyers analogues qu'on observe dans les kystes de l'ovaire à pédicule tordu et nul doute que, dans ce cas particulier, sa production doive être rattachée à la torsion du pédicule de la tumeur et à une oblitération artérielle consécutive.

Quant à la structure histologique de ce néoplasme, elle est celle des fibromyomes.

OBSERVATION VIII

MÉRIEL. — *Fibrome pur de l'ovaire à pédicule tordu.*
(Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris, 1908, février, p. 143 à 145, avec une figure.)

M^{me} B..., cinquante-six ans, vient me consulter, sur les conseils de son médecin, le 20 novembre 1907, pour une tumeur fibromateuse de l'utérus qui ne s'est, paraît-il, manifestée que depuis quelques mois seulement. C'est tout à fait inopinément qu'en l'examinant pour des troubles digestifs, quelques vagues douleurs abdominales, que son médecin a mis la main sur le corps du délit, cette tumeur sus-pubienne.

Jamais il n'y a eu de violentes douleurs, de poussées de péritonite; toute l'évolution est demeurée silencieuse et méconnue. Jamais également de métrorragies ni de pertes blanches. Aucun trouble de la miction.

Au palper, le ventre est moyennement distendu et l'on perçoit tout de suite sur la ligne médiane une tumeur régulièrement arrondie très dure en tous ses points, extrêmement mobile dans tous les sens et point douloureuse, et dépassant la symphyse pubienne de quatre travers de doigt environ.

Cette mobilité extrême est facilitée par une certaine quantité de liquide ascitique sur lequel la tumeur flotte. Aucune autre tumeur dans les fosses iliaques.

Par le toucher vaginal, on trouve un col dur, un corps utérin qui se confond avec la masse sus-pubienne qui lui

transmet tous les mouvements imprimés à la tumeur par le palper abdominal.

On a ainsi la sensation qu'il doit s'agir soit d'un fibrome sous-péritonéal pédiculé et longuement pédiculé, très mobile, (à cause de la consistance ferme, du siège médian et de l'union avec le corps utérin), soit d'un kyste ovarique mobile rejeté sur la ligne médiane. Mais, je le répète, l'hypothèse d'un fibrome pédiculé paraît la plus vraisemblable.

L'opération devait nous réserver une surprise.

Laparotomie le 8 décembre 1907. Anesthésie à l'éther ; incision sus-pubienne ; dès l'ouverture de la séreuse, issue de 2 litres d'ascite et d'anses intestinales.

Le liquide évacué, la malade en position déclive, les valves en place, je constate qu'il s'agit d'un fibrome pédiculé non pas utérin, mais ovarien droit. Ce fibrome a son pédicule tordu une fois sur lui-même et vient s'appliquer sur la face antérieure du corps utérin, lequel est repoussé en bas vers le Douglas. Rien à l'autre ovaire ni à l'utérus.

Section du pédicule au thermo, ligature en masse et péritonisation. Dans le pédicule a été prise la trompe placée immédiatement au-dessus de la tumeur. Occlusion de la plaie. Suites opératoires excellentes.

La tumeur enlevée est régulièrement arrondie, sphérique, presque grosse comme un petit melon et pèse 2 kilos.

La consistance est ferme et dure en tous points ; on n'y peut retrouver la trace de l'ovaire.

La trompe est indépendante de la tumeur, dans un aileron spécial situé au pôle inférieur de celle-ci.

Un fragment de la tumeur est prélevé et envoyé à M. le professeur agrégé Rispal. En pratiquant cette coupe, j'ai

remarqué que la coque du fibrome était infiltrée, oedémateuse et laissait sur la tranche s'écouler un peu de sérosité.

Il s'agit là très vraisemblablement de l'œdème consécutif à la torsion du pédicule.

La coupe histologique montre une trame fibrillaire, de nature conjonctive, légèrement dissociée par l'œdème ; dans ce stroma sont contenues des cellules ayant une forme triangulaire ou vaguement étoilée qui sont des cellules de tissu conjonctif.

De loin en loin se voient quelques vaisseaux, mais on ne voit sur plusieurs préparations aucune trace d'éléments myxomateux ou sarcomateux.

Par suite de l'examen de diverses préparations, il résulte qu'il s'agit bien de fibrome pur de l'ovaire.

OBSERVATION IX

M. E. DUROUX. *Fibrome de l'ovaire tordu sur son pédicule*
(*Lyon Médical*, 1902.)

Cette observation se rapporte à une malade opérée par M. X... Delore, dans le service de M. le professeur Poncet. Cette malade était entrée dans le service le 21 août 1902, parce que, depuis quelque temps, elle avait ressenti à plusieurs reprises de vives douleurs abdominales, avec vomissements, augmentation du volume du ventre, constipation, véritables crises de péritonite qui duraient quelques jours et s'amendaient progressivement.

Elle était âgée de quarante-trois ans et ne présentait rien de spécial dans son hérédité et ses antécédents. Régliée à

quinze ans, elle l'avait été toujours assez régulièrement. Elle avait eu quatre enfants bien portants et de ses quatre accouchements, seul le dernier, qui remontait à quatre ans, avait été suivi d'un rétablissement moins satisfaisant : elle eut à la suite un prolapsus utérin et des pertes blanches. A ces pertes, qui affaiblirent beaucoup la malade, se joignirent bientôt des crises de péritonisme qui la décidèrent à se faire admettre à l'hôpital. Le jour de son entrée dans le service, grâce au toucher vaginal combiné à la palpation, on percevait nettement deux tumeurs : l'une plus grosse, très dure, siégeant à droite, et l'autre du volume du poing située à gauche. En raison des phénomènes péritonéaux aigus qui faisaient penser à une torsion du pédicule de l'une de ces tumeurs, la malade fut opérée le 26 août par M. X... Delore.

Une laparotomie sous-ombilicale montra effectivement que le pédicule de la grosse tumeur de droite présentait deux tours de spire en sens inverse des aiguilles d'une montre. Tout l'ovaire droit était complètement disparu dans cette tumeur nettement indépendante de la trompe. La deuxième tumeur était développée aux dépens de l'ovaire gauche. Castration double et ventrofixation de l'utérus prolabé : ce dernier était gros, mais non fibromateux. Guérison.

Voici ces deux tumeurs : l'une grosse, dure, pesant 2 kg. 500 ; c'est la tumeur de droite qui, sur une coupe fraîche, présentait une coloration vineuse à la périphérie et un centre partiellement sphacélé ; l'autre moins volumineuse est kystique, ayant à son intérieur un liquide blanchâtre et grasseyé, avec un paquet de cheveux gros comme un œuf, et sur sa paroi l'insertion de deux mèches de longs poils. Cette deuxième tumeur était donc un kyste dermoïde classi-

que, et la première une production fibreuse, dont le type histologique répondait à la catégorie de fibromes purs sans cavité kystique, ainsi qu'en témoigne l'examen fait par M. Paviot. Sur les coupes il n'y avait aucun faisceau musculaire lisse, et ce fait est intéressant, car l'on sait que pour Cornil la plupart des fibromes de l'ovaire sont des fibromyomes.

Cliniquement, en raison d'un sillon fort net entre les deux tumeurs, on avait pu faire le diagnostic de kyste de l'ovaire à gauche et de fibrome pédiculé de l'utérus à droite, car les adhérences du fibrome fixant la tumeur dans la région lombaire droite faisaient écarter l'idée d'un fibrome de l'ovaire ordinairement plus mobile.

L'existence d'un fibrome et d'un kyste dermoïde plaide en faveur de l'origine congénitale de la tumeur fibromateuse, et il est intéressant de remarquer que, malgré cette malformation double des ovaires, le passé de la malade ne décèle aucun trouble dans la fonction ovarienne. M. Delore insiste sur la coexistence des deux tumeurs de l'ovaire : fibrome à droite et kyste dermoïde à gauche. La malade possédait cependant des règles normales, même pendant les derniers mois précédant l'opération.

La tumeur fibreuse paraît être une malformation congénitale, au même titre que le kyste dermoïde.

OBSERVATION X

BÉGOUIN. — *Fibrome pur de l'ovaire à pédicule tordu*
(*Journal de médecine de Bordeaux*, 1907, p. 69.

M^{me} S. . ., cinquante-six ans, m'est adressée par son médecin à la Maison de santé Pasteur le 15 octobre 1906 pour des accidents douloureux du bas ventre.

Depuis 1903 cette dame, qui n'était plus réglée depuis quatre ans avait commencé à souffrir de temps à autre du côté droit du bas ventre, de douleurs intermittentes très supportables d'abord, mais qui en 1906 devinrent parfois assez violentes pour l'obliger à rester assise pendant des heures ou même des demi-journées.

Le ventre avait en même temps un peu augmenté de volume, sans que le malade y ait cependant jamais constaté de grosseur.

Elle n'avait pas de pertes vaginales, pas de constipation, ni de diarrhée, ni rien de spécial dans les selles ; les mictions avaient toujours été normales. Pas de douleurs dans les jambes, ni d'œdème.

L'appétit était resté bon. Pas d'amaigrissement ni de changement de teint.

Jusqu'en fin septembre, M^{me} S... n'avait donc rien présenté de bien précis, quand brusquement, le 2 ou le 3 octobre, elle fut prise de douleurs violentes dans tout le bas ventre, avec vomissements et fièvre, qui l'obligèrent à s'aliter. Le médecin appelé constata une péritonite et crut trouver en outre un fibrome utérin.

Lorsque l'acuité des accidents se fut un peu calmée, il m'adressa la malade à la Maison de santé le 15 octobre.

Quand je vis celle-ci pour la première fois, après un voyage de trois heures en chemin de fer, elle avait le visage amaigri et tiré ; le pouls était à 130, la température à 38°2 et la respiration à 40. Le ventre était tuméfié, partout douloureux, avec de l'œdème de la paroi.

Au-dessous de celle-ci, tendue et qu'on ne pouvait guère toucher, on appréciait vaguement une masse dure dont on ne pouvait déterminer les limites, d'autant mieux que le toucher vaginal était rendu impossible par un prolapsus utérin complet que la douleur empêchait de réduire.

En outre, on trouvait un épanchement dans la plèvre droite, et la malade avait une diarrhée abondante qui durait depuis plusieurs jours.

Le diagnostic de péritonite et de tumeur du bas-ventre était facile à établir, mais on ne pouvait guère, pour le moment, en préciser davantage les détails.

Comme rien ne me parut nécessiter une intervention immédiate, et qu'au contraire l'état général de la malade me sembla la contre-indiquer, je décidai d'attendre pour laisser refroidir la péritonite.

Sous l'influence du repos, des cataplasmes et du traitement symptomatique, la péritonite se calma, la diarrhée cessa et l'épanchement pleurétique se résorba, pendant que l'état général se relevait. Localement, la tumeur devient de plus en plus nette : on la sent très dure, bien limitée, occuper toute la fosse iliaque et le flanc droit et remonter à deux doigts au-dessus de l'ombilic pour dépasser à gauche la ligne médiane de trois travers de doigt. Inférieurement, elle ne

plonge pas dans le petit bassin. Elle est immobile ; l'utérus est indépendant d'elle. On sent les annexes gauches normales, mais on ne perçoit pas les annexes droites.

Dans ces conditions, le diagnostic porté est celui de fibrome de l'ovaire à pédicule tordu.

Je pratique l'intervention le 15 novembre, un mois après l'arrivée de la malade à la Maison de santé.

En Trendelenbourg, laparotomie médiane dépassant en haut l'ombilic de 7 millimètres. Le péritoine incisé, il s'écoule environ deux cents centicubes de liquide noirâtre et la tumeur apparaît partout adhérente à la paroi abdominale, à l'épiploon, aux anses intestinales. La libération se fait assez facilement à l'aide de la compresse au milieu de fausses membranes de péritonite récente. Il ne reste plus alors, pour retenir la tumeur, qu'un pédicule, qui n'est autre que celui de l'ovaire droit, tordu d'un tour sur lui-même, en sens inverse des aiguilles d'une montre ; c'est bien un fibrome de l'ovaire. Le pédicule est sectionné au-dessus d'une pince et la coupe laisse voir des vaisseaux thrombosés. Ligature au catgut avec le nœud de Codet-Boisse.

L'utérus et les annexes du côté opposé ne présentent rien de particulier.

La tumeur enlevée, il reste son énorme poche, que les intestins, fixés par des adhérences de péritonite ne viennent pas combler : il me faut rompre ces adhérences, ce qui est d'ailleurs facile, pour faire revenir à leur place les intestins fixés sous le diaphragme.

Cette libération ouvre plusieurs poches de péritonite enkystée contenant chacune 200 ou 300 grammes de liquide séreux.

Suture de la plaie abdominale à trois plans, sans drainage.

Les suites furent tout à fait régulières, il y eut réunion *per primam* et la malade ne souffrant plus et ayant beaucoup engraisé, quitta la Maison de santé le 8 décembre.

La tumeur pèse 4,300 grammes. Elle a la forme générale d'un énorme ovaire à surface légèrement bosselée. Celle-ci est d'une couleur violacée, avec points noirâtres ecchymotiques.

La consistance de ce fibrome est exceptionnellement dure, le contenu a eu de la peine à le diviser en deux moitiés : par place il y a des travées fibreuses qui crient sous le scalpel comme s'il y avait incrustation calcaire.

La coupe paraît cependant homogène et elle a une coloration uniforme, d'un rouge foncé. Au-dessous de la tumeur, dans le pédicule, on voit la trompe avec son aspect, sa longueur et son volume habituels.

A côté d'elle, il y avait une petite masse blanchâtre qui eût peut-être pu être l'ovaire ; j'en ai fait faire l'examen histologique par M. Boloquy, qui n'y a trouvé que du tissu conjonctif enflammé. Le fibrome est donc bien formé aux dépens de l'ovaire droit, qu'il a pour ainsi dire absorbé tout entier, puisqu'il ne reste à sa surface nulle trace appréciable d'ovaire sain.

L'examen histologique de cette tumeur a été fait par M. Boloquy : c'est du fibrome pur, sans fibres musculaires, avec peu de vaisseaux et peu de noyaux. M. le professeur Coyne, qui a examiné les préparations, confirme absolument ce caractère de fibrome pur.

OBSERVATION XI

X. BENDER et J. HEITZ. — *Volumineux fibro-myome des deux ovaires. — Transformation kystique de la tumeur développée aux dépens de l'ovaire gauche. (Bull. et Mémoires de la Société Anatomique de Paris, 1903, mars, n° 3, p. 241.)*

L'énorme tumeur que nous avons l'honneur de présenter à la Société a été enlevée à l'autopsie d'une vieille femme de la Salpêtrière dont voici, en quelques mots, l'histoire clinique.

Il s'agit d'une femme de soixante-quatorze ans, qui remarqua, il y a dix ans, que son ventre grossissait. L'augmentation de volume fut lente et progressive et ne s'accompagna pas de douleurs. On reconnut qu'il s'agissait d'une ascite et, depuis cette époque, on dut faire la ponction à trois reprises, la dernière, il y a dix-huit mois, dans le service de M. Segond ; chaque fois on avait donné issue à un liquide sanguinolent.

La malade entra à l'infirmerie quelques jours seulement avant sa mort. L'abdomen était distendu par une ascite abondante, libre, donnant une sensation de flot très nette ; il existait une circulation collatérale très développée.

En déprimant fortement la paroi, on pouvait sentir, au milieu du liquide une énorme masse, de consistance très dure remplissant la fosse iliaque et le flanc gauche, s'engageant sous les fausses côtes et empiétant un peu à droite de la ligne médiane. On fit la ponction qui donna issue à plusieurs litres de liquide sanguinolent ; on put alors délimiter

plus facilement les contours de la tumeur, et en apprécier la consistance qui était celle d'un fibrome de l'utérus.

Au toucher, on constate que l'utérus est complètement immobilisé et semble faire corps avec la tumeur abdominale.

La malade était dans un état très grave ; elle se plaignait de violentes douleurs dans les reins ; elle avait des vomissements presque continuels et elle ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on constata que le péritoine contenait encore une grande quantité de liquide sanguinolent. La tumeur fut libérée de ses insertions pelviennes et enlevée avec l'utérus ; on put reconnaître ainsi qu'il s'agissait de tumeurs solides des deux ovaires, intimement fusionnées l'une avec l'autre. Disons de suite que le péritoine, en dehors de quelques adhérences avec la tumeur, ne présentait rien d'anormal. Tous les organes étaient sains.

L'ensemble de la pièce, constituée par l'utérus et les deux tumeurs ovariennes, pèse 4,900 grammes. L'utérus est absolument normal. Les deux ovaires sont transformés en d'énormes masses bosselées, de couleur blanchâtre, de consistance extrêmement dure. La tumeur développée aux dépens de l'ovaire gauche est beaucoup plus volumineuse que l'opposée ; elle présente une torsion très nette de son pédicule, torsion d'ailleurs assez lâche et ne comportant qu'un tour de spire.

Les deux tumeurs droite et gauche, sont intimement adhérentes et il est impossible de les détacher l'une de l'autre. La figure ci-jointe rend compte très exactement de leur disposition (Voir fig. 1).

A la coupe, la tumeur ovarienne droite apparut constituée en totalité par un tissu très dense, fibreux. Du côté gauche, au contraire, la tumeur était creusée d'une cavité, mesurant environ le volume d'une tête d'enfant, à parois irrégulières, et renfermant un liquide jaunâtre, trouble et grumeleux.

Nous avons pratiqué l'examen histologique de plusieurs fragments des tumeurs ovariennes, droite et gauche.

Cet examen a montré que les deux tumeurs avaient une structure identique. Elles apparaissent constituées par de larges bandes de tissu fibreux, intriquées dans tous les sens.

Dans l'intervalle de ces travées conjonctives, on rencontre des faisceaux formés de cellules allongées, à noyau très long, en bâtonnet, souvent incurvé. Sur des coupes perpendiculaires à leur axe, le noyau était entouré d'un espace clair ; ces cellules présentaient tout à fait l'apparence de fibres musculaires lisses et la coloration par la méthode de van Giesen nous en donne la certitude.

Nous nous trouvions donc en présence de fibro-myomes des deux ovaires.

Nous avons fait également des coupes comprenant toute l'épaisseur du kyste creusé dans la tumeur ovarienne gauche. Nous y avons trouvé des lésions identiques à celles que l'on observe dans les fibromes sphacelés de l'utérus. Les différents éléments sont méconnaissables et l'on n'aperçoit, dans le champ du microscope, que de larges bandes sinueuses, formées par un tissu homogène coloré en rose sale par l'éosine ; on y reconnaît, par intervalles, quelques cellules conjonctives demeurées intactes et de petits foyers d'infiltration léucocytaire.

En aucun point, sur les différentes coupes examinées, nous n'avons rencontré de vestiges de tissu ovarien.

OBSERVATION XII

F. Jayle et X. Bender. — *Fibrome de l'ovaire à pédicule tordu.* (*Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*), 1904, p. 419.)

La nommée C... Léontine. âgée de quarante-trois ans, entre à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, le 24 novembre 1902.

La malade n'a pas d'antécédents héréditaires.

Les premières règles sont survenues à treize ans et demi, puis elles ont cessé pendant six mois ; à cette époque la malade a ressenti de violentes douleurs dans le ventre. Au bout de ce temps les règles ont reparu, et, depuis, elles ont été régulières, peu abondantes, non douloureuses, durant en moyenne un à deux jours.

A vingt-sept ans la malade a eu une grossesse normale, avec accouchement normal à terme et suites normales.

Jamais de leucorrhée, sauf pendant les deux derniers mois de sa grossesse. Jamais de métrorragies ni de ménorragies.

Le début de la maladie actuelle remonte à neuf ans environ. A ce moment la malade a commencé à souffrir de douleurs dans le ventre, douleurs sourdes et intermittentes, exagérées par la fatigue, par la station debout, par tout travail pénible.

En même temps, la malade constate l'existence d'une

« grosseur » dans l'abdomen ; la tumeur occupait la région hypogastrique et la fosse iliaque droite. Elle s'est développée progressivement depuis cette époque, augmentant insensiblement de volume, atteignant dans ces derniers temps la région ombilicale et le flanc droit. Les douleurs s'étaient atténuées et la malade ressentait seulement une sensation de gêne et de pesanteur dans l'abdomen.

L'état semblait stationnaire lorsque brusquement, le 21 octobre 1902, la malade fut prise de douleurs violentes, généralisées à tout l'abdomen, irradiées vers l'anus. Ces douleurs s'accompagnèrent bientôt de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, verdâtres ; d'un ballonnement du ventre, traduisant une réaction péritonéale intense, d'un état d'anxiété très accentué.

En même temps se produisirent des modifications du côté de la tumeur qui augmenta de volume et s'immobilisa dans l'abdomen.

La malade qui avait eu ses règles quinze jours auparavant, perdit de nouveau du sang en abondance pendant deux jours ; ce sang était très noir. Il existait une constipation opiniâtre qui ne cédait qu'à des lavements répétés. On ne fit pas de traitement, le médecin consulté ayant prescrit seulement le repos au lit dans l'attente d'une opération qu'il jugeait inévitable. L'état cependant s'améliorait peu à peu ; la malade qui ne preniait au début que quelques cuillerées de lait additionné d'eau de Vichy, put s'alimenter ; elle se leva le douzième jour et fut bientôt en état de revenir à Paris (elle se trouvait à la campagne au moment où éclatèrent les accidents).

Elle entre dans le service le 24 novembre.

On constate, à l'inspection, l'existence d'une tumeur volumineuse occupant la fosse iliaque et le flanc droit, s'étendant jusqu'à l'hypogastre et à l'ombilic.

A la palpation on analyse mieux la forme de la tumeur ; elle a une consistance ligneuse ; on ne peut limiter exactement son bord inférieur, mais sa limite supérieure s'infléchit suivant une ligne oblique en bas et à gauche et passant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le toucher vaginal, combiné au palper, montre que le col est petit, refoulé en haut. Le corps utérin est en légère antéflexion et en latéroverson gauche. Le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux sont libres. Dans le cul-de-sac antérieur on atteint facilement la tumeur, qui présente un bord libre tranchant, de consistance rénitente et notablement plus molle que celle de la portion de la tumeur accessible par le palper abdominal.

Il existe entre la tumeur et le col de l'utérus, un sillon très net où le doigt peut être introduit. Les mouvements imprimés à la tumeur par la main placée sur l'abdomen ne sont pas transmis au col utérin et réciproquement.

Les annexes gauches paraissent saines.

L'hystérométrie montre que la cavité utérine a conservé ses dimensions normales ; l'utérus est dévié très nettement à gauche.

L'état général est bon. Rien du côté du cœur, des poumons et des reins. Du côté de l'appareil digestif, il y a à signaler une constipation habituelle et opiniâtre ; la langue est sale.

Le diagnostic porté est celui de tumeur solide para-utérine, développé sans doute aux dépens de l'ovaire droit.

Opération. — Laparotomie, le 2 décembre 1902, par M. Jayle. Longue incision remontant au-dessus de l'ombilic. Dès l'ouverture du péritoine, on trouve une tumeur du volume d'une petite tête, vasculaire, adhérente de tous côtés, présentant par place une teinte feuille-morte, noire près de son pédicule où existe une large suffusion hémorragique. Avec la main on libère facilement les adhérences qui sont lâches, et on extrait la tumeur hors du ventre. On constate qu'il s'agit d'une tumeur de l'ovaire, à pédicule tordu, comportant deux parties : l'une supérieure, volumineuse et très dure ; l'autre inférieure, voisine du pédicule, plus molle et formée par une poche remplie de sang. Le pédicule est lié et sectionné.

Les annexes gauches paraissent saines ; on les enlève néanmoins, car il est impossible de préjuger de la nature du néoplasme dont est atteint l'ovaire droit.

Les parois décortiquées du pelvis sont le siège d'un suintement sanguin ; la péritonisation est impossible et on se contente d'établir un drainage à l'aide de deux mèches de gaze stérilisée.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ont été des plus simples et la malade a guéri sans aucune complication.

Examen des pièces. — La tumeur enlevée, pesait 1,250 gr. et mesurait 17 centimètres de long sur 15 centimètres de large et 10 centimètres d'épaisseur. Elle était irrégulière, bosselée, de coloration rougeâtre. Elle présentait une forme ovoïde, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en examinant la figure qui accompagne ce travail. Elle était formée de deux parties nettement distinctes : l'une, beaucoup

plus volumineuse, consistante, dure et compacte ; l'autre, adjacente au pédicule, plus molle et de coloration rouge violacée, formant un véritable kyste sanguin. Le pédicule assez étroit, présentait une torsion très serrée, de un tour et demi de spire ; la trompe, saine par ailleurs, avait participé à ce mouvement de torsion (Voir fig. 2).

A la coupe, la tumeur apparut formée par un tissu dur et compact, d'aspect fibreux, criant sous le couteau. La partie centrale était ramollie, creusée de lacunes renfermant un liquide sanguinolent. La partie renflée avoisinant le pédicule formait un véritable kyste, à parois irrégulières, contenant du sang pur.

L'examen histologique a porté sur un certain nombre de fragments de la tumeur ; il s'agissait d'un fibro-myome typique.

OBSERVATION XIII

MARCONI. — (*La Rassegna d'ostetricia e ginecologia*, 1904, p. 535.)

OBS. n° 5128. — R. A..., âgée de vingt-sept ans, entre à la clinique le 5 décembre 1903. Depuis l'hiver précédent, la malade éprouve d'assez vives douleurs au niveau de la partie inférieure et droite de l'abdomen, accompagnées d'irradiations vers la région lombaire. A ces douleurs s'ajoutèrent bientôt une céphalalgie assez vive et de la constipation. La malade dit également que, depuis un certain temps, elle a l'impression d'avoir un peu de fièvre le soir. Depuis un certain temps, la malade a constaté l'existence d'une tumeur

dans le côté droit de l'abdomen ; cette tumeur paraissant, au début, grosse comme une orange, et elle a grossi peu à peu.

Le diagnostic porté fut celui de tumeur solide de l'ovaire.

A l'opération, on constata qu'il s'agissait, en effet, d'une tumeur solide de l'ovaire droit, très adhérente au péritoine pariétal, à l'épiploon et aux anses intestinales. Le pédicule, large et court présentait une torsion de deux tours de spire, de gauche à droite. La tumeur avait une forme irrégulière, presque globuleuse et pesait 2,358 grammes. Elle présentait une coloration blanchâtre, une consistance ferme et dense. La partie centrale était ramollie.

L'examen histologique montra une infiltration leucocytaire diffuse de la tumeur ; quelques veines étaient dilatées, d'autres thrombosées.

OBSERVATION XIV

MARCONI. — (*La Rassegna d'obstetricia e gynecologia*, 1904, p. 535.)

Obs. n° 1904. — M. R..., âgée de trente-deux ans, mariée à Carbonara Scrivia. Elle entre à la clinique le 15 mai 1897. Trois grossesses. Il y a presque vingt jours qu'elle a remarqué dans le côté droit de l'abdomen un corps dur de la grosseur d'une orange, indolent. L'examen général de la malade ne donne rien de notable. Par le palper on sent dans la région hypogastrique une tumeur élastique, à superficie régulière, du volume d'une tête de fœtus qui surgit du bassin, tumeur qui a une certaine mobilité par une espèce de rotation sur son axe longitudinal et par suite de cette mobilité son pôle latéral gauche peut être porté au centre du bassin.

Diagnostic. — Tumeur solide de l'ovaire ; opération : ovariectomie. Incision de la paroi abdominale de l'ombilic au pubis. On voit une tumeur grosse comme une tête d'enfant arrondie, d'une couleur vineuse ressemblant à la couleur de la rate. Cette tumeur naît de l'ovaire droit et présente un pédicule gros comme un pouce, qui ressemble beaucoup à un cordon ombilical, ayant une torsion de deux tours et demi de droite à gauche. On fait une incision de la tumeur et on voit qu'elle est formée par une masse solide infiltrée d'une sérosité qui sort abondamment à la surface de la coupe ; et cette masse est formée par un tissu conjonctif lâche. Poids 870 grammes. La malade meurt au cinquième jour d'une néphrite aiguë.

OBSERVATION XV

DANIEL T. NELSON. — *Fibro-sarcome de l'ovaire à pédicule tordu.* (Soc. Gyn. Chicago, 1887.)

La malade, âgée de trente-neuf ans, a eu neuf enfants. Après la naissance de son dernier, il y a sept ans, elle resta quatre ans sans voir les règles, mais dans les trois dernières années, elle eut des métrorragies. Il y a un an elle remarqua un écoulement liquide par l'anus. Elle semble avoir souffert de quelque inflammation péri-ovarique à droite, puis elle perdit beaucoup de sang par le rectum et parut soulagée ; plus tard l'inflammation reparut. Il y a trois mois la malade commença à grossir ; son mari la crut malade mais ne l'examina pas. A son entrée à l'hôpital, le 7 juin 1886, pouls à 104, température 38 degrés. Le soir pouls à 132, température 38°2. Deux jours après le pouls et la température

avaient un peu baissé. On eut pu opérer, mais on attendit un moment plus favorable qui ne vint pas. La malade mourut. A l'autopsie on constate qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome de l'ovaire, adhérent à la paroi abdominale qui présentait à ce niveau de la congestion veineuse. Le pédicule était tordu mais pas assez pour que la tumeur soit nécrosée. L'utérus était seulement un peu congestionné.

OBSERVATION XVI

COIGNERAI. — *Sarcome de l'ovaire gauche chez une jeune fille de quatorze ans. — Torsion du pédicule. — Ovariectomie. — Guérison.* (Thèse de Paris, 1902, p. 73.)

La nommée S..., âgée de quatorze ans et demi, fille de cultivateurs, occupée elle-même aux travaux de champs, entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes dans le service de M. le Dr Dayot, le 19 mars 1897 dans la soirée. Elle présente depuis plusieurs jours des accidents péritonéaux de cause indéterminée.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants et bien portants, deux frères et une sœur également bien portants.

Antécédents personnels. — Cette enfant qui n'a jamais été malade, paraît jouir d'une excellente constitution ; elle est d'ailleurs normalement constituée, forte et bien développée pour son âge. Elle n'est pas encore réglée. La petite malade répond d'une façon intelligente et précise aux diverses questions qui lui sont posées.

Histoire de la maladie. — Depuis environ un an elle nous dit avoir remarqué que son ventre était un peu plus gros

que d'habitude, mais elle n'y a jamais attaché d'importance parce qu'elle n'en ressentait aucune gêne.

Il y a environ deux mois, elle devint tout à coup très malade, et dut s'aliter pendant une journée. Elle vomissait tout ce qu'elle prenait et se plaignait de fortes coliques dans le bas-ventre. Le lendemain, quoique souffrant toujours elle put se lever et vaquer à quelques occupations. Un mois après les mêmes accidents se reproduisaient ; les vomissements furent toutefois moins abondants et moins prolongés. Depuis cette dernière crise la malade ne ressentait aucun malaise et les fonctions digestives auraient été normales s'il n'avait persisté un peu de constipation.

Le mardi 16 mars, alors que la veille elle avait travaillé sans éprouver aucun malaise, elle se réveilla avec les signes avant-coureurs d'une troisième crise. Vers 8 heures, les vomissements parurent : vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux ; répétés et revenant dès qu'elle buvait la moindre quantité de liquide, La soif était intense, la bouche sèche et la malade se plaignait d'un violent mal de tête. La constipation s'accusa davantage à partir de ce moment et résista aux remèdes qui furent donnés par le médecin. En même temps le ventre très douloureux se mit à grossir. La douleur qui avait débuté à droite s'était portée sur le côté gauche et s'était bientôt étendue à tout le ventre. La « grosseur » qui siégeait d'abord à droite parut en même temps passer à gauche, toujours au dire de la malade.

Cet état de choses persistant et les symptômes s'aggravant, on pensa à une péritonite et on envoya la malade à l'Hôtel-Dieu où elle arriva dans la soirée du 19 mars.

Examen de la malade. — A son entrée dans le service, la température axillaire était de 38°2. La nuit du 19 au 20 fut

assez mauvaise, la malade a été très agitée et a vomi plusieurs fois.

Je la vois pour la première fois le 20 mars à 8 heures du matin. A ce moment la température axillaire est de 37°3 ; le pouls fréquent mais non dépressible (130) ; le facies est un peu altéré, les yeux légèrement excavés, la langue est plutôt sèche. Une cuvette contient les vomissements de la nuit qui sont verdâtres mais peu abondants.

A l'inspection, le ventre est légèrement proéminent surtout dans la région sous-ombilicale, et à la partie médiane. Le palper difficile à cause des douleurs qu'il réveille, permet cependant de reconnaître la présence d'une tumeur s'étendant du pubis à l'ombilic, tumeur ovoïde, légèrement déjetée à gauche, lisse et uniforme, résistante et dure, mate à la percussion. Il existe dans les flancs et dans toute la partie sus-ombilicale de l'abdomen de la sonorité plutôt exagérée.

Les muscles de la paroi abdominale sont contracturés, aussi la tumeur paraît-elle immobilisée. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont normaux.

L'auscultation de l'abdomen est négative.

La malade est sondée et on évacue une certaine quantité d'urine sans que la tumeur présente la moindre modification de volume et de consistance.

Il n'y a pas eu de selles depuis le début de la maladie, mais il y a de temps en temps expulsion par l'anus de gaz intestinaux.

Le Dr Dayot qui voit la malade quelques heures plus tard, se décide après un examen sommaire, et en tenant compte des renseignements qui lui sont fournis, à user de l'anesthésie pour pratiquer une exploration complète. L'enfant qui

est à jeun est endormie à l'éther en quelques minutes d'inhalation.

La paroi abdominale étant assouplie par la résolution musculaire, le palper devient aisé. La tumeur, ovoïde, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, à grand diamètre vertical, uniforme de surface, de consistance solide, mate, ressemble à un gros utérus. Elle se mobilise facilement dans le sens transversal, se portant alternativement à droite et à gauche de la ligne médiane.

Les organes génitaux externes sont normaux, l'hymen en forme de diaphragme d'optique est intact et laisse passer une sonde urétrale de femme sans difficulté : le petit doigt le franchit avec peine ; il n'y a rien d'anormal dans le vagin ; on ne trouve pas le col.

Par le toucher rectal on sent la tumeur que l'on ne peut isoler de l'utérus. En la mobilisant par le palper abdominal, le doigt rectal perçoit franchement le déplacement d'un petit relief que nous croyons être le col utérin. En raison de signes perçus, des commémoratifs et de l'absence de menstruation, on pense à la possibilité d'une hématométrie.

Glace sur le ventre, glace à l'intérieur par petits fragments, quelques gorgées de champagne, un lavement glycériné, telle est la prescription. Il est stipulé que la surveillance la plus attentive sera exercée et qu'on préviendrait le chef de service de tout ce qui pourrait survenir dans la journée.

Des injections chaudes au sublimé à 1/2000 seront pratiquées trois fois dans la journée pour assurer l'antisepsie du vagin. Le lavement provoque dans la soirée une selle peu abondante. La journée est passable. Peu de vomissements. Miction spontanée, peu d'urine, pas d'albumine. Pouls à 130

sans autres caractères inquiétants. Température axillaire 38°5.

Le dimanche 21, l'état reste stationnaire.

Température du dimanche matin 37°5, du soir 38°3, pouls à 130. Dans la soirée, le ventre devient plus sensible, les vomissements qui s'étaient atténués reparaissent. Il est décidé que s'il ne survient pas dans la nuit une amélioration notable, on interviendra le lendemain matin.

Opération, lundi 22 mars. — L'état général est toujours sensiblement le même. La petite malade étant anesthésiée à l'éther, on procède à la désinfection des organes génitaux après dilatation de la vulve et de l'hymen. On désinfecte également la paroi abdominale, sur laquelle un pansement avait été appliqué la veille au soir.

La tumeur est de nouveau explorée par le palper associé au toucher. Le col paraît normal, il suit le mouvement qu'on imprime à la tumeur.

Après introduction d'un petit écarteur vaginal, le cathétérisme utérin est pratiqué sans difficulté, il permet de reconnaître qu'il n'y a pas d'atrésie de l'orifice intérieur du col et que le diamètre vertical de l'utérus est normal : 15 centimètres. Il n'y a donc pas de distension de cet organe par rétention du sang menstruel.

Il s'agit donc d'une tumeur indépendante de l'utérus, probablement un néoplasme de l'ovaire, et le Dr Dayot porte le diagnostic de tumeur de l'ovaire ayant subi la torsion du pédicule ; cette tumeur étant vraisemblablement un kyste dermoïde.

Après une désinfection nouvelle et rigoureuse de ses mains, le Dr Dayot pratique la laparotomie par une incision

médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du ventre il s'écoule de la cavité péritonéale une certaine quantité de sérosité sanguinolente. Les anses intestinales qui plongent dans le bassin sont vascularisées, reliées les unes aux autres et à la tumeur par de molles et minces adhérences. La tumeur, d'un rouge très foncé, presque noir, à surface œdématiée est facilement dégagée. Elle est reliée à la corne utérine gauche par un pédicule long et grêle tordu deux fois et demie sur lui-même de droite à gauche, c'est-à-dire dans un sens opposé aux aiguilles d'une montre.

Des exsudats plus consistants, infiltrés d'un liquide puriforme et épais, tapissent et réunissent le plancher et les organes pelviens.

Le pédicule est étranglé dans une ligature en chaîne, puis coupé ; son moignon est thermocautérisé.

L'ovaire droit est sain.

La tumeur a les caractères d'un sarcome.

Autour du néoplasme, le péritoine était rouge et contenait un liquide mélangé d'une petite quantité de sang extravasé ; de plus, en plusieurs endroits, il était parsemé de quelques fausses membranes grisâtres indiquant un commencement de péritonite qui paraissait bien circonscrite. Pour parer à ce commencement d'infection de la cavité abdominale, on procède au lavage et à la toilette du péritoine avec de l'eau bouillie et des compresses chaudes ; drainage du Douglas avec un Mikulicz sortant par l'angle inférieur de la plaie.

La paroi abdominale est réunie dans le reste de son étendue par une série de sutures en étages ; un double surjet au catgut sur le péritoine et sur le plan musculo-aponévrotique

et une ligne de sutures au crin de Florence sur la peau. Pansement ouaté compressif.

A la coupe la tumeur ne présente nullement l'aspect et le contenu si caractéristique des kystes dermoïdes, mais bien la consistance, l'aspect et la coloration d'un sarcome dans les endroits où la gêne circulatoire occasionnée par la torsion pédiculaire n'a pas modifié la coloration normale et primitive du néoplasme. Car on pouvait voir en outre que la surface de la coupe était parsemée, comme l'extérieur même de la tumeur, d'une infinité de petits foyers hémorragiques dont la coloration variait du rouge foncé au noir.

(M. le D^r Follet, alors professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de Rennes, voulut bien sur notre demande faire l'examen histologique de cette tumeur et trouva que c'était effectivement un myxo-sarcome à grandes cellules).

Suites opératoires. — Les suites de l'intervention ont été très bénignes. Une heure environ après l'opération, le pouls monte à 140. mais sans cesser d'être plein et bien frappé ; très peu de vomissements dus à l'anesthésie. Le soir à 5 heures la température axillaire était de 38 degrés et le pouls redescendu à 108 ; on fait alors une injection sous-cutanée de sérum artificiel : 500 grammes.

Mardi 23 mars. — Nuit assez bonne, pas de vomissements, le visage est calme et reposé, la langue humide.

Température axillaire du matin 38°1 ; pouls 104.

Température du soir 38°2 ; pouls 92. La malade repose dans la journée.

Lait et champagne glacé en petite quantité. Le soir 500 grammes de sérum artificiel en injection sous-cutanée.

Mercredi 24. — Etat satisfaisant, l'amélioration continue.

Température du matin 37°7 ; pouls 100. Température du soir 38 degrés ; pouls à 100. Même régime.

Jeudi 25. — Température du matin 37°7. Pouls 100.

Température du soir 38 degrés. Pouls 120.

Dans la matinée on procède au premier pansement. Il y a eu très peu de suintement ; les couches d'ouate hydrophile en contact avec la plaie sont à peine teintées par un peu de sérosité sanguinolente.

On enlève les deux mèches de gaze du Mikulicz en laissant le sac en place ; elles sont teintées de sang mais n'ont pas d'odeur et il n'y a pas de trace de pus. Lavement glycéринé dans l'après-midi. Selle abondante. Miction facile et abondante (la malade urinait jusque-là avec une sonde à demeure).

Vendredi 26. — Température matin 37 degrés ; pouls 100. Température soir 37°8 ; pouls 100. On commence à alimenter la malade ; lait, potage.

Samedi 27. — Température matin 36°7 ; pouls 100. Température soir 37°2 ; pouls 100. Le matin on enlève le sac de gaze iodoformé que l'on remplace par une simple mèche. A partir de ce jour, l'apyrexie est absolue et la malade peut être considérée comme guérie.

Les fils sont enlevés le 1^{er} avril ; l'orifice du drainage se cicatrise rapidement. La malade commence à se lever le 12 avril, c'est à-dire le vingt-deuxième jour après l'opération.

L'état général est aussi satisfaisant que possible, toutes les fonctions de l'économie s'accomplissent normalement, les douleurs ont complètement disparu depuis l'intervention ; la cicatrisation de la paroi abdominale est complète et l'ab-

domen est simplement maintenu par une ceinture hypogastrique.

17 avril. — Moins d'un mois après l'opération, la malade sort complètement guérie. Nous ne savons malheureusement pas ce qu'elle est devenue depuis.

OBSERVATION XVII

DARTIGUES. — *Tumeur solide de l'ovaire gauche. — Fibrosarcome compliqué de torsion du pédicule.* (Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris, 1898, 18 novembre, p. 657 à 660.)

Angèle E..., quarante ans, entrée dans le service du Dr Pozzi, le 18 juin 1898.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père mort âgé. Mère morte à quarante-sept ans de cancer à l'utérus. Quatre frères morts jeunes (un cependant à vingt ans d'une affection pulmonaire).

Antécédents personnels. — A part la maladie qui l'amène à l'hôpital, la malade a été toujours bien portante. Réglée à treize ans, régulièrement. Depuis, les menstrues sont régulières, non abondantes, mais pas douloureuses. Actuellement est encore bien réglée. Dernières règles le 20 mai.

Accouchements : Six enfants (trois filles décédées vers deux ou trois ans, les deux premières et la quatrième).

Grossesses normales ; accouchements normaux sans for-
ceps.

Histoire de l'affection actuelle. — Début brusque en mars 1898 par des douleurs dans la vessie et le ventre,

douleurs qui ont duré quinze jours. Le ventre a augmenté d'une façon sensible pendant ces quinze jours. Après cette phase initiale, plus de douleurs, le ventre a cessé de s'accroître.

Pas de douleurs et de troubles du côté du rectum et de la vessie. Toujours bien réglée; cependant à partir du 20 mai les règles n'ont pas reparu.

Engourdissement dans la jambe droite, mais pas d'œdème.

Amaigrissement très notable depuis quatre mois, c'est-à-dire depuis le début des accidents remarqués par le malade. Le ventre augmente progressivement de volume et le malade se cachectise de plus en plus. L'anorexie continue.

Examen physique. — A l'inspection, ventre volumineux dû à la présence d'une ascite considérable et d'une tumeur volumineuse. L'ombilic n'est pas saillant; la cicatrice n'est pas dépliée.

A la palpation, outre les signes de l'ascite, on sent une tumeur solide, ballottant à la moindre impulsion, comme la tête d'un fœtus dans un hydramnios; sensation de bloc de glace plongé dans l'eau et se déplaçant très facilement; on repousse la tumeur vers la profondeur, et la main étant enlevée, elle revient immédiatement à la surface.

Cette tumeur paraît irrégulière, dure, bosselée.

Le toucher bi-manuel montre nettement l'indépendance de cette tumeur d'avec l'utérus; la manœuvre consistant à soulever la tumeur à travers l'abdomen et à l'entraîner vers l'ombilic, n'attire pas en même temps l'utérus sur le col duquel est appuyé le doigt vaginal.

Il n'est pas très possible cependant de fixer si cette tumeur appartient à l'ovaire droit ou gauche.

Le cathétérisme utérin a été pratiqué et a montré que la cavité utérine n'était pas agrandie.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital et avant son opération, le 23 juin, elle a présenté une élévation de la température vaginale à 39°8. Descente progressive de cette élévation thermique jusqu'au 28 juin où il y a eu une nouvelle ascension. La température a été irrégulière jusqu'au moment de l'opération, dépassant par oscillations la normale et y revenant, cela pendant un mois environ.

Opération, le 20 juillet. — Laparotomie et ablation d'une tumeur du volume d'une tête d'adulte développée aux dépens de l'ovaire gauche. Cette tumeur a son pédicule tordu deux fois sur son axe (la malade n'a cependant pas présenté de signes cliniques de torsion). Pas d'adhérences de la tumeur aux intestins ni à la paroi. Le pédicule présente de grosses veines. Ablation très facile, le péritoine circonvoisin est congestionné et irrité. Il y a une ascite citrine verdâtre très considérable, sans flocons. L'ovaire du côté opposé, c'est-à-dire à droite, paraît malade. Il est également enlevé.

Examen macroscopique de la pièce. — La tumeur a le volume d'une tête d'adulte, très peu bosselée; elle pèse 2 kgr. 500. Elle est arrondie, lisse, régulière, très peu bosselée. Pas de grosses veines à la surface qui a l'aspect blanchâtre avec lacis vasculaire léger. Pas de végétations à la surface.

A la coupe, la tumeur a l'aspect lardacé, blanchâtre, sans vaisseaux volumineux, sans kystes à l'intérieur. La consistance est ferme, dure. A la coupe, il semble qu'on a une tranche de navet : aspect fibroïde très dense, sans apparence de lobulation.

Au pôle opposé au pédicule, on observe une surface de la grandeur de la paume de la main, injectée, ecchymotique. Toute la tumeur est enveloppée d'une couche homogène de conjonctif, qui semble être l'albuginée de l'ovaire limitant le néoplasme qui n'est pourtant pas décorticable de cette enveloppe périphérique.

Quant à l'ovaire droit qui a été aussi enlevé, il est ratatiné, a un aspect cérébriforme très accusé. Il ressemble à l'ovaire sénile en noyau de pêche.

Examen microscopique. — Cet examen pratiqué par le Dr Ménétrier montre qu'il s'agit d'un fibro-sarcome avec quelques éléments musculaires lisses en quantité insuffisante pour pouvoir constituer une tumeur d'une variété spéciale.

Réflexions. — La lecture de cette observation suggère les remarques suivantes :

1° Au point de vue des antécédents, nous voyons que la malade a eu une mère morte de néoplasme utérin.

L'hérédité dans les tumeurs n'est pas prouvée, mais cependant elle est fréquemment observée, et au sujet de notre malade il est à remarquer que, s'il n'y a pas identité de nature et de siège du néoplasme, il n'en est pas moins situé dans la sphère génitale ; néoplasme utérin chez la mère, néoplasme ovarien chez la fille ;

2° Au point de vue de l'évolution clinique, constatons qu'elle est ici rapide, en cinq mois seulement, qu'elle est insidieuse, sans phénomènes douloureux, se traduisant surtout par deux symptômes de première importance : l'amaigrissement rapide et progressif, le développement d'une ascite assez abondante, symptômes qui, avec l'exa-

men physique montrant l'indépendance de la tumeur d'avec l'utérus, font faire le diagnostic.

Nous remarquons aussi que la malade a eu une absence de règles pendant les deux derniers mois, et une élévation de température en dehors de toute cause appréciable, pulmonaire ou autre;

3° Au point de vue des complications, nous signalons la torsion du pédicule de cette tumeur nettement constatée au cours de l'opération et qui présente ceci de remarquable qu'elle ne s'est traduite cliniquement par aucun signe alarmant qui la font soupçonner à l'ordinaire dans les cas de torsion de kyste de l'ovaire.

Peut-être la température au-dessus de la normale que présenta la malade pendant les derniers mois qui précéda l'opération et à laquelle nous ne pûmes trouver aucune cause, ainsi que l'état congestionné du péritoine du petit bassin, sans adhérences cependant de la tumeur, doivent-ils être mis sur le compte de cette torsion qui s'est accomplie lentement peut-être. Mais il est plus probable que cette élévation thermique était due à une poussée péritonéale légère et non douloureuse déterminée par la présence irritative de la tumeur ovarienne.

Devons-nous faire l'hypothèse à propos de ce cas et d'autres semblables que la torsion a pu être favorisée par la présence d'une ascite où le néoplasme ballotte véritablement?

Attirons l'attention aussi sur ce fait que l'ascite est presque constante dans les tumeurs ovariennes solides, qu'elle existait ici et était citrine et non hémorragique, car pour

qu'elle soit telle, il semble que la présence de végétations soit nécessaire ;

4° Il faut noter la concomitance de lésions du côté de l'ovaire opposé. Nous avons rarement vu l'autre ovaire sain, dans le cas de tumeur solide de l'ovaire.

5° Au point de vue histologique, M. Ménétrier a constaté dans ces cas des fibres musculaires lisses peu abondantes. Nous rappellerons à ce sujet que le professeur Cornil a signalé la présence de fibres striées dans certaines tumeurs ovariennes.

OBSERVATION XVIII

LÉOPOLD. — *Sarcome de l'ovaire à pédicule tordu.* (*Archives für gynäkologie*, 1894, t. VI, p. 202, obs. I.)

Il s'agissait d'une petite fille de huit ans, bien portante jusque-là, et dont le ventre commença progressivement à augmenter de volume. On pensa d'abord qu'il s'agissait d'une occlusion chronique, mais le cours des matières s'étant rétabli, on dut ultérieurement abandonner ce diagnostic.

Plus tard, on constata la présence d'une tumeur du volume d'une tête d'adulte qui grossit du double dans l'espace d'un mois. La malade se cachectisa rapidement et succomba six mois environ après le début des accidents.

A l'autopsie on constate que le volume de la tumeur dépassait sensiblement celui d'un utérus gravide à terme. Son poids était de 16 livres.

Il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire gauche, dont le pédicule, large de 4 à 6 centimètres, avait subi une torsion de

un demi-tour de spire. Il en était résulté une énorme distension des vaisseaux qui présentaient à la coupe un aspect caverneux.

La tumeur mesurait 36 centimètres de long sur 26 centimètres de large et 19 centimètres de haut. Elle était composée d'une série de bosselures, de dimensions variant de celles du poing à celles d'une tête d'adulte et recouvertes d'une membrane séreuse lisse. La surface était, en de nombreux points, recouverte de fausses membranes et parcourue par d'énormes vaisseaux qui atteignaient parfois le volume d'une plume d'oie et dont beaucoup étaient thrombosés.

La tumeur, de consistance ferme, était creusée de milliers de petites cavités contenant un liquide transparent ou trouble.

Les vaisseaux étaient peu nombreux au niveau des parties centrales de la tumeur. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un *lymphangiosarcome* kystique.

OBSERVATION XIX

Guibé. — *Sarcome de l'ovaire à pédicule tordu.* (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1909, n° 1, p. 54.)

Le 2 novembre 1907 j'étais appelé à l'hôpital de la Pitié pour une occlusion intestinale. La malade qui m'est présentée est une femme de soixante ans, campagnarde robuste, quoique un peu maigre, peu soucieuse jusqu'alors du sa santé.

La malade dit s'être toujours bien portée, n'avoir jamais

eu de maladie ; elle ne se connaissait aucune lésion abdominale. Elle a eu deux grossesses qui se sont très bien passées ainsi que les accouchements. La ménopause est survenue il y a plusieurs années déjà et, depuis lors, la malade n'a présenté aucun trouble du côté de l'appareil génital.

Mardi dernier, c'est-à-dire le 29 novembre, à la suite d'un accès de toux, la malade ressent, dans le côté gauche de l'abdomen, une vive douleur au niveau de la fosse iliaque ; elle a immédiatement un vomissement abondant qui ne se reproduit d'ailleurs pas. Depuis lors s'est installée une constipation qui n'est pas absolue, car en interrogeant la malade avec soin, on arrive à reconnaître que les lavements qu'elle a pris ont ramené quelques matières fécales ; de même il n'y a jamais eu un arrêt complet et absolu des gaz. Le météorisme abdominal est assez modéré. Il n'y a aucun signe d'épanchement dans la cavité abdominale, pas de disparition de la matité hépatique. La température est normale, mais le pouls est à 140 environ.

Il n'y a pas de douleur vive dans l'abdomen, peu ou pas de coliques ; la malade n'a nullement l'aspect anxieux et agité des occlusions intestinales vraies. A la palpation de l'abdomen, on trouve une distension générale de l'abdomen, la paroi est un peu tendue, mais encore dépressible. Dans la fosse iliaque gauche on sent une tumeur grosse environ comme le poing, qui paraît à peu près immobile dans la profondeur ; elle est douloureuse, bien limitée, à peu près lisse, mais les anses intestinales la recouvrent comme l'indique la zone sonore que l'on retrouve en avant d'elle.

Au toucher vaginal, l'utérus est bien mobile, non douloureux ; on n'arrive à sentir la tumeur qu'à bout de doigt ;

elle ne fait nulle saillie dans le petit bassin et ne refoule pas l'utérus.

L'opération est pratiquée immédiatement sous le chloroforme. Incision sous-ombilicale médiane. Après ouverture du péritoine, il s'écoule du liquide sanguinolent en assez grande abondance et les anses intestinales un peu ballonnées tendent à faire issue par la plaie. Je me porte immédiatement vers le cæcum, qui est ballonné ; puis je vais droit à la tumeur, mais, à ce moment, celle-ci se rompt et il s'écoule dans l'abdomen une quantité assez considérable de sang noirâtre.

J'agrandis rapidement mon incision par en bas et, portant ma main dans la fosse iliaque gauche, j'essaie d'amener avec elle la tumeur qui se présente avec l'aspect d'un kyste ovarique tordu et qui se serait rompu au cours des manœuvres intra-abdominales. J'amène ainsi rapidement à l'extérieur des masses assez volumineuses, noirâtres, ressemblant à des morceaux de placenta et une portion plus dense et plus dure. Le pédicule est alors facilement abordable ; mais, sans examiner le sens ni le nombre des tours de spire, je place sur lui une pince de Kocher et je sectionne au-dessus d'elle.

La cavité est alors rapidement asséchée, mais assez sommairement, avec quelques compresses. Le pédicule est lié au catgut ; mais, pour ne pas prolonger l'intervention, je ne l'enfouis pas et, mettant un drain dans le cul-de-sac de Douglas, je ferme la paroi en deux plans : un surjet musculo-séreux au fil et un plan cutané au crin.

La masse ainsi enlevée représentait, dans son intégrité, une tumeur grosse certainement comme les deux poings ;

elle se compose d'une portion éclatée formée de masses noirâtres, ressemblant à des morceaux de placenta, absolument friables au point que les instruments s'y enfoncent comme dans du beurre et d'une masse dure, grosse environ comme une pomme, dure, blanchâtre, bosselée, ferme à la coupe. Il s'agit, en somme, d'une tumeur solide ; nulle part on ne voit quoi que ce soit qui ressemble à un kyste.

Il est impossible de reconnaître les tours de spire du pédicule.

Les suites opératoires furent d'abord excellentes ; la température varie entre $37^{\circ}2$ et $37^{\circ}8$; le pouls s'abaisse très vite à 90. Les gaz sont rendus dès le troisième jour, et ce même jour un lavement provoque une selle. Mais la malade est absolument indocile ; elle se lève, fourrage dans son pansement.

Le dixième jour, la température s'élève à $38,4$ et restera désormais au-dessus de 38 degrés. Les fils sont retirés, mais la malade ne tarde pas à chasser au dehors une anse intestinale ; puis se déclare une double phlébite des membres inférieurs.

L'anse intestinale se recouvre peu à peu d'épiderme ; la malade semble en bonne voie de guérison ; néanmoins, la température se maintient encore élevée et le pouls, rapide, aux environs de 120. La malade ne veut pas être immobilisée, elle remue constamment. Enfin, le 12 décembre, elle commence à faire des accidents pulmonaires auxquels elle succombe le 18 décembre.

L'autopsie n'a pu être faite.

L'examen histologique de la pièce a été pratiqué par

M. Herrenschmidt et a montré qu'il s'agissait d'un sarcome de l'ovaire. Voici la note que celui-ci m'a remise.

Le substratum de la tumeur se compose de tissu fibromusculaire qui, en certains points des préparations, est tout à fait normal ; en d'autres points, il est dissocié par les cellules néoplasiques qui y forment de vastes nids remplissant en différents endroits plusieurs champs du microscope. Les cellules néoplasiques sont polymorphes, le plus souvent arrondies, de taille moyenne, renfermant un gros noyau, bien coloré et se limitant mal les unes des autres. Elles baignent dans une substance intercellulaire finement granuleuse et les capillaires qui parcourent la tumeur sont, les plus fins, directement bordés par les cellules cancéreuses. On peut trouver des zones où le tissu néoplasique s'enchevêtre intimement avec des travées fibreuses adultes dont les éléments cellulaires entrent en prolifération, où le tissu du néoplasme semble provenir directement de la prolifération des travées conjonctives : ailleurs, le néoplasme s'infiltré dans les fentes lymphatiques du tissu fondamental, sans que ce dernier réagisse notablement, et on peut voir alors des files de cellules cancéreuses à la queue les unes des autres, quelquefois sur deux rangées, cubiques par pression réciproque, effectuer un faux air de néoplasme épithélial. Les caractères histologiques ci-dessus énoncés sont ceux d'un sarcome qui aurait pris naissance dans le tissu fibro-musculaire même de l'ovaire. Outre sa descendance directement observable de certains faisceaux conjonctifs, sa structure intime l'indique, ainsi que les tourbillons qu'on peut voir dans quelques noyaux et qui, avec des formes cellulaires allongées, reproduisent fidèlement l'image du sarcome fasciculé.

OBSERVATION XX

POZZI et BEAUSSENAT. — *Cancer de l'ovaire à pédicule tordu*
(Cité d'après Dartigues, *loc. cit.*, p. 630.)

Il s'agissait d'une malade atteinte d'un cancer de l'ovaire et chez laquelle la torsion du pédicule ne s'était accompagnée d'aucune plaque de sphacèle à la surface extérieure de la tumeur. Il n'y avait que des placards blanchâtres et pseudo-membraneux qui semblaient témoigner d'un processus inflammatoire antérieur.

OBSERVATION XXI

BÉRARD. — *Cancer de l'ovaire avec torsion du pédicule fibromateux:—Ovariectomie et hystérectomie abdominale totale. — Guérison.* (Bull. de la Soc. de chir. de Lyon, 1901, t. IV, p. 195.)

M. Bérard présente une malade qu'il a opérée, le 16 mars 1901, à la Charité (service de M. Auguste Pollosson) pour une tumeur maligne de l'ovaire gauche à pédicule tordu, coïncidant avec un fibrome interstitiel de l'utérus. L'histoire clinique de cette femme offre plusieurs particularités remarquables.

Réglée à quatorze ans, toujours régulièrement, mariée à vingt-cinq ans, cette femme a eu six enfants vivants, et un avortement à deux mois et demi. Elle a cinquante ans. Pas de ménopause. Depuis quatre ou cinq ans elle perdait constamment un peu de liquide sanguinolent dans l'intervalle de

ses règles. Depuis deux ans ces métrorragies sont devenues très abondantes et l'ont anémiée beaucoup. Elle a maigri considérablement, et se présente avec un teint jaunâtre, cireux.

Les seuls troubles subjectifs qu'elle ait ressentis consistent dans les phénomènes d'asthénie nerveuse, pertes des forces, atonie gastrique, mais surtout dans des troubles de la miction et de la défécation depuis quelques mois; elle se plaint d'une constipation opiniâtre; elle urine souvent, mais peu à la fois, avec quelques douleurs à l'émission des dernières gouttes. C'est à cause de ces troubles et d'une recrudescence des pertes depuis quinze jours, que la malade est entrée à l'hôpital.

A l'examen : On constate que l'abdomen est peu déformé dans ses contours. La paroi abdominale, très grasse et relâchée, peut être déprimée facilement. On arrive ainsi sur une masse résistante occupant surtout la fosse iliaque gauche.

Le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, fait reconnaître que cette masse est constituée par le corps utérin, et par une tumeur du volume d'une tête de fœtus, accolée étroitement au bord gauche de l'utérus, se déplaçant avec la matrice.

La profondeur de l'utérus est de 13 centimètres à l'hystéromètre. La paroi en semble très épaisse. Quant à la tumeur adjacente, sa consistance est plutôt rénitente que franchement solide, comme s'il s'agissait de tumeurs fibreuses ramollies avec géodes kystiques que l'on observe près de la ménopause. Aussi, à cause des connexions intimes de cette tumeur avec l'utérus qu'elle suit dans ces déplacements, à cause des métrorragies abondantes, nous concluons à un

fibrome utérin sous-péritonéal, peut-être en voie de transformation maligne.

Nous décidons, pour cette raison, de pratiquer l'hystérectomie totale, l'utérus étant, d'autre part, lui-même fibromateux. Cette opération est, en outre, imposée par les phénomènes de compression de la vessie et du rectum.

16 mars. — Laparotomie en position de Trendelenbourg.

Les anses intestinales réclinées sous une large compresse, nous rencontrons d'abord le corps utérin volumineux, ayant à peu près les dimensions d'une grande poire, uniformément hypertrophié. Immédiatement en arrière de lui, et remplissant la moitié gauche du bassin, apparaît une autre tumeur, du volume d'une tête de fœtus, sillonnée de quelques vaisseaux, de surface polie, mais de teinte marbrée comme par des hémorragies interstitielles. Cette tumeur donne au doigt la même sensation de résistance que l'on avait perçue par le toucher. Elle est adhérente à la face postérieure de l'utérus et à divers points du péritoine pelvien. Dégagée de ses adhérences, nous constatons qu'il s'agit d'une tumeur de l'ovaire tordue sur son pédicule suivant un tour de spire presque complet, et qui a été amenée ainsi au contact immédiat de l'utérus. Nous sectionnons ce pédicule entre deux pinces longuettes, puis nous procédons à l'ablation de l'utérus par la méthode de Doyen.

L'ensemble de ces manœuvres n'a pas duré plus de trente-cinq minutes. Mais comme la malade, déjà très anémiée et très faible avant l'opération présente, à ce moment, des signes inquiétants du côté du cœur, nous procédons à une hémostase sommaire des ligaments larges ; nous laissons même trois pinces à demeure sur la base des ligaments, et

nous terminons par un Mikulicz abdomino-vaginal et une suture à deux plans de la moitié supérieure de l'incision. Injection de 500 grammes de sérum artificiel dans la cuisse, sur la table d'opération pendant qu'on fait le pansement.

Les suites opératoires furent satisfaisantes. Ablation des pinces au deuxième jour, des mèches centrales, du Mikulicz et des mèches vaginales le cinquième, ablation de la compresse périphérique du Mikulicz le 28 mars (au deuxième jour).

Une seconde injection de sérum (de 500 gr.) fut pratiquée le lendemain de l'intervention. La température se maintint entre 37°5 et 38°8 pendant trois semaines jusqu'à l'oblitération très avancée du trajet de drainage. Le 23 avril, le malade est en état de quitter l'hôpital, sa plaie est cicatrisée.

L'examen macroscopique des pièces enlevées révèle les détails suivants :

1° L'utérus, sectionné longitudinalement, a une paroi épaisse en totalité de 3 centimètres à 4 centimètres suivant les points. La muqueuse épaisse, congestionnée et tomenteuse, a l'aspect de l'endométrite fibromateuse. Sa longueur est de 16 centimètres ;

2° La tumeur de l'ovaire est de consistance solide. Dans des géodes à parois très épaisses sont tassées des masses encéphaloïdes marbrées de sang, avec deux ou trois kystes du volume d'un abricot, remplies de sang et de végétations papillomateuses.

L'examen microscopique de cette tumeur, pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, par M. le Dr Paviot, montre qu'il s'agit bien d'un cancer épi-

thélial de l'ovaire, avec infiltration abondante de formations épithéliales tubulées dans un stroma fibreux, suivant une disposition qui rappelle celle des tubes de Pflüger dans l'ovaire en voie de développement.

Si l'on rapproche cette observation des cas déjà publiés aujourd'hui nombreux, de tumeur pelvienne à pédicule tordu, on doit noter surtout les points suivants :

a) D'abord, la coexistence d'un utérus fibromateux avec une tumeur de l'ovaire à pédicule tordu. Cette coexistence, de deux tumeurs avait déjà été signalée par Rokitansky, comme un des principaux éléments de la torsion du pédicule des kystes ovariens, chacune des tumeurs gênant l'autre dans son libre développement, et la tumeur la plus fixe (l'utérus) contribuant par la compression continue qu'elle exerce, à déplacer, à enrouler autour de son hile la tumeur la plus mobile ;

b) La nature maligne de la tumeur tordue ;

c) Le peu de réaction péritonéale au moment de la torsion qui avait dû être progressive et s'opérer lentement. La malade avait seulement constaté, depuis quelques jours, une recrudescence des métrorragies, qui s'explique par la gêne de la circulation en retour dans le pédicule tordu. C'est le troisième cas de tumeur ovarique à pédicule tordu que M. Bérard a eu l'occasion d'opérer.

Les deux premières malades furent observées par lui dans le service de M. le professeur Poncet, en 1898 et 1899. Chez l'une, il s'agissait de la torsion d'un gros kyste uniloculaire de l'ovaire droit, avec symptômes d'appendicite aiguë.

L'opération fut simple et la guérison s'effectua sans incident. Chez l'autre, il s'agissait d'un kyste dermoïde suppuré

et tordu, ayant entraîné dans sa torsion les deux ligaments larges qui lui étaient largement adhérents, dans cette torsion en masse, les deux uretères avaient été coudés et comprimés. Aussi l'intervention ne put-elle pas sauver la malade, qui était arrivée au dernier degré de cachexie, avec des températures élevées et des urines purulentes. A l'autopsie on trouva une pyélo-néphrite double avec lésions très avancées, et distension des bassinets, des deux côtés, par un liquide purulent qui infiltrait également la substance rénale le long des tubes excréteurs (néphrite suppurée rayonnante).

OBSERVATION XXII

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Bender.)

Kyste papillaire de l'ovaire droit. — Carcinome de l'ovaire gauche tordu sur son pédicule. — Ascite. — Hystérectomie abdominale subtotale et ablation bilatérale des annexes. — Guérison.

M^{me} C... Henriette, cinquante-huit ans, entrée à la clinique au mois de mai 1909. Pas d'antécédents héréditaires intéressants. Père et mère morts très âgés. Elle a eu deux frères et neuf sœurs, trois seulement sont encore vivants.

Rien d'intéressant non plus dans les antécédents personnels. La malade a toujours été bien portante. Elle a été réglée à treize ans et demi ; les règles ont toujours été régulières, non douloureuses, mais assez longues et assez abondantes. Une grossesse à vingt-deux ans, avec accouchement

normal et suites normales. Pas de fausses couches. La ménopause est survenue à cinquante-deux ans, sans incident.

Le début de la maladie remonte à dix-huit mois environ. La malade a remarqué que son ventre grossissait progressivement. Cette augmentation de volume ne s'est accompagnée d'aucun trouble, au début. Puis sont apparus des phénomènes de dyspnée, exagérés par le moindre effort ; une sensation de pesanteur très pénible dans le bas-ventre ; des douleurs pelviennes sourdes avec irradiations lombaires et crurales. Pas de métrorragies ; peu de leucorrhée. Constipation rebelle.

L'augmentation de volume devenant très gênante la malade vient consulter.

A l'examen on trouve l'abdomen considérablement distendu par un épanchement ascitique abondant ; il atteint le volume d'une grossesse à terme. L'abdomen est dans presque toute son étendue ; il existe une fluctuation très nette. Au milieu du liquide on perçoit à la palpation une volumineuse masse néoplasique paraissant grosse comme la tête, irrégulière et dont il est impossible d'apprécier les contours en raison de la tension de la paroi.

Au toucher l'utérus, de dimension normale, paraît élevé et refoulé en avant, contre la symphyse. Le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux sont remplis par une masse volumineuse, de consistance assez dure, qui semble se prolonger en haut et à droite avec une masse que l'on peut sentir par le palper bimanuel. A gauche on sent, plus haut, une seconde masse qui semble avoir le volume d'une tête de fœtus. On porte le diagnostic des tumeurs végétantes des ovaires avec ascite.

Opération (M. Bender). — Laparotomie médiane. Aussitôt le péritoine ouvert il s'écoule une quantité de 15 litres environ de liquide ascitique citrin, clair. On tombe tout de suite sur une tumeur solide, développée aux dépens de l'ovaire gauche et fixée à la paroi et aux anses intestinales ; on la libère et on constate qu'elle est tordue sur son pédicule de un tour et demi de spire environ.

On dégage l'utérus ; on refoule les anses intestinales et on constate qu'il existe une autre tumeur développée aux dépens de l'ovaire droit, ainsi qu'on l'avait soupçonné à l'examen clinique. C'est un kyste végétant de l'ovaire. Gros comme une tête de fœtus, et qui est profondément enclavé dans l'excavation pelvienne qu'il déborde en haut et à droite. Il est entièrement adhérent et on éprouve les plus grandes difficultés à le décortiquer et à l'extraire. On parvient cependant, peu à peu, à l'énucléer en entier et on fait alors l'hystérectomie subtotale avec ligatures initiales. Le col utérin est aussitôt suturé. Puis, avec les lambeaux du péritoine déchiqueté on essaie de recouvrir les surfaces cruentées. Très difficilement, et en procédant d'une manière atypique, on parvient à faire une péritonisation à peu près complète. Il ne persiste qu'un suintement séro-sanguin insignifiant. Néanmoins pour plus de sûreté, on draine avec deux mèches de gaze stérilisée. Suture de la paroi en trois plans.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Aucune réaction. Les mèches ont été enlevées le deuxième jour, les fils le huitième. Cicatrisation *per primam*. L'épanchement ascitique ne s'est pas reproduit. Etat général excellent.

Examen des pièces. L'utérus ne présente pas d'altération du muscle et de la muqueuse. Mais sa surface est parsemée

de petites végétations épithéliomateuses métastatiques ressemblant à du frai de grenouille ; une de ces petites masses, implantée sur le fond, atteint le volume d'une noisette. L'ovaire gauche est transformé en une volumineuse tumeur solide, végétante, de coloration gris rose, de consistance friable. Le pédicule assez large, présentait une torsion de un tour de spire. A droite existe un kyste multiloculaire, de volume à peu près égal. Plusieurs des cavités kystiques contenaient des végétations papillaires ; quelques-unes des cavités s'étaient rompues et les végétations avaient fait saillie à la surface de la tumeur (voir fig. 3).

L'examen histologique, pratiqué par M. Bender, montra que la tumeur gauche était un carcinome solide. La tumeur de l'ovaire droit était un kyste papillaire banal.

CONCLUSIONS

1° La torsion du pédicule des tumeurs solides de l'ovaire paraît être plus fréquente qu'on ne l'a généralement admis jusqu'à présent ;

2° Les causes de cette torsion sont assez obscures. Le volume de la tumeur paraît sans influence. Il semble que la torsion soit plus fréquente quand le pédicule est court et charnu ;

3° Toutes les tumeurs solides de l'ovaire peuvent se tordre sur leur pédicule, mais la torsion s'observe avec une fréquence manifeste dans les cas de fibrome ;

4° Les lésions produites dans les tumeurs du fait de la torsion sont variables ; elles sont sous la dépendance du degré de cette torsion et des troubles circulatoires plus ou moins accentués qui en sont la conséquence. Dans les cas de torsion brusque on observe un véritable infarctus hémorragique, parfois un sphacèle rapide de la tumeur. Dans les cas de torsion lente la circulation n'est que partiellement troublée ; il n'y a pas des lésions massives, mais on observe un œdème interstitiel, un ramollissement de la tumeur, qui aboutit au bout d'un certain temps à une nécrose plus ou moins étendue accompagnée souvent de transformation kystique ;

5° Cliniquement la torsion des tumeurs solides de l'ovaire se présente sous deux formes nettement caractérisées : la forme aiguë et la forme chronique. Dans la forme aiguë on a le tableau clinique de la torsion brusque des viscères abdominaux, avec phénomènes généraux intenses et réaction péritonéale marquée. Dans la forme

chronique les symptômes sont beaucoup plus atténués, limités à de vagues douleurs ; la torsion dans ce cas peut rester latente et n'être découverte qu'à la faveur de l'opération ;

6° Le diagnostic ne sera posé que dans les cas aigus, et encore fera-t-on le plus souvent le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu, d'abord en raison de la fréquence beaucoup plus grande des kystes, ensuite parce que cette torsion détermine des modifications de la consistance de la tumeur solide qui, œdématisée, gorgée de sang, offre souvent au palper, une sensation de rénitence et même de pseudo-fluctuation ;

7° Le pronostic, bénin dans les torsions lentes, peut devenir grave dans les formes aiguës si l'on n'intervient point rapidement : On a vu, dans ce cas, la mort survenir à brève échéance, par gangrène de la tumeur et péritonite consécutive ;

8° Au point de vue du traitement on doit dire que l'intervention s'impose dès que la torsion est diagnostiquée ou même seulement soupçonnée. Il n'y a aucun intérêt à attendre le refroidissement, comme certains auteurs l'ont conseillé. Ce refroidissement est toujours incertain et la temporisation aura toujours pour conséquence la formation d'adhérences qui rendront l'intervention plus laborieuse.

Vu : le Président de la thèse
S. POZZY

Vu : le Doyen
LANDOÛZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
Etiologie. Anatomie pathologique.....	11
Etude clinique.....	22
Traitement.....	26
OBSERVATIONS.....	27
CONCLUSIONS	87



